

**2.ULUSLARARASI TÜRK-AFRİKA KONGRESİ  
12-13 ARALIK 2006  
İSTANBUL-TÜRKİYE  
TASAM  
TÜRKASYA STRATEJİK ARAŞTIRMALAR MERKEZİ**

**SAHRA ALTI AFRİKA'DA SAĞLIK SORUNLARI  
KALKINMA YARDIMLARININ ROLÜ  
ZORLUKLAR VE FIRSATLAR**

**ZAHRA NURU  
BİRLEŞMİŞ MİLLETLER AZ GELİŞMİŞ ÜLKELER YÜKSEK  
TEMSİLCİLİĞİ OFİSİ DİREKTÖRÜ- Kıdemli Müşavir**

Evrensel İnsan Hakları Beyannamesi'nin ( Birleşmiş Milletler Genel Sekreterliği'nin 10 Aralık 1948 tarihinde 217 numaralı kararıyla kabul edilen) giriş kısmında şöyle denmektedir:

İnsanlığın bütün üyelerinin temel, eşit haklarının ve vazgeçilmez insanlık onurunun tanınması, dünyadaki özgürlüğün, adaletin ve barışın temelidir.

Bu nedenle,

Genel Kurul; İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi'ni bütün insanlar ve milletler için başarılması gereken genel standart olarak kabul etmektedir.

Madde 25(1) :

Herkesin kendisi ve ailesi için mutlu olma, sağlık için yeterli yaşam standartlarına sahip olma hakkı vardır. Bunlara yiyecek, giyecek, sağlık hizmetleri, barınma ve zorunlu sosyal hizmetler de dâhildir...

(2) Anneler ve çocuklar özel bakım ve yardım hakkına sahiptirler. Evlilik içi ya da evlilik dışı doğan bütün çocuklar aynı sosyal korumadan yararlanmalıdırlar.

Başkan Nelson Mandela Şubat 2005 de Make Poverty History Rally de "Dünya, cesaret ve vizyon ile birlikte sözlere değil, çalışmaya açtır" şeklinde bir görüş beyan etmiştir.

## **GİRİŞ**

Nobel ödüllü Amartya Sen; "Sağlık, önemsememiz için sebeplerimiz olan, insan yaşamındaki en önemli pozisyona sahip, insan yeteneklerini yönlendiren durumdur" demiştir. Fakat aynı zamanda sağlık, hane halkının ve ülkelerin hayat standartlarını etkilediğinden dolayı önemli bir konudur. Sağlıkın bozuk olması bir işçinin verimini ve çalışabileceği saatleri etkilediğinden söz konusu kişinin gelirini de etkileyecektir. Hastalığın gelir üzerindeki etkisini fark etmek zaman alabilir, fakat eğer çocuklar yeterince beslenemezlerse ve rahatsızlanırlarsa okulda bulunma şansları azalmakta ve sonuç olarak bu durum gelecekteki yaşamlarında daha az verimli olmalarına neden olmaktadır. Hastalığın ve ölümün makroekonomik boyuttaki olumsuz sonuçları da açıktır. Demografik değişkenlik, 1965–1996 döneminde Afrika ile

dünyanın geri kalan bölgeleri arasında, büyüme oranlarında ortalama yarı yarıya varan farklılığın nedenidir. Gelişme uzmanları sağlığı önemli bir ahlaki ve sosyal amaç olarak belirlemişlerdir. Sağlık ayrıca iyi yönetim, ekonomik büyüme ve eğitimle birlikte gelişim stratejisinin de çok önemli bir parçasıdır. Bu yüzden sağlık organize tüm Afrika Kalkınma çalışmalarında merkezi noktada yer almalıdır. Bu arada sağlık alanındaki yatırımlar; su ve temizlik, eğitim ve çevrenin korunması gibi sağlıkla bağlantılı sektörleri de içermelidir.

34'ü Afrika'da olan toplam 50 az gelişmiş ülkenin şehir nüfusundaki hızlı artış günümüzde nüfussal alandaki değişimin en önemli özelliklerinden birisidir. Bu ülkelerde, nüfusun %26'sı şehirlerde yaşıyor olacaktır. 2015 yılına kadar her üç kişiden biri şehirlerde yaşıyor olacak. Şu an Afrika'da şehirlerdeki artışın çok önemli bir kısmı doğal nüfus artışıyla, kırsal- şehir göçü ve şehir merkezlerine yakın kırsal alanların şehir alanına dönüştürülmesiyle yaşanmaktadır. Bu çalışma şehir nüfusundaki söz konusu artışın hizmetlerin sunulmasına, özellikle de sağlık hizmetlerinin sunulmasına etkilerini ele almaya çalışacaktır.

Sahra altı Afrika, BM'nin Milenyum Kalkınma Hedefleri'ni yakalama sürecinde başarısızdır. Bu hedefler; yoksulluğun önlenmesi ile gelişmekte olan ülkelerde 2015'e kadar yaşam standartlarının iyileştirilmesidir. Afrika'daki yoksul insan sayısı geçtiğimiz on yılda üç kat artış gösterirken, bu sayı Hindistan ve Çin'de azalmıştır. 300 milyondan fazla insan temiz suya ulaşma konusunda yeterli imkânlara sahip değildir. 450 milyon insan ise yeterli olmayan temizlik koşullarında yaşamaktadır. Ayrıca yaklaşık her altı Afrikalı çocuktan biri beş yaşından önce ölmektedir. Arttırılmış ulusal kaynakların ve dış yardımın bu sorunlara çözüm olması gerekmektedir.

Milenyum Kalkınma Hedefleri'nden ilki, 2015 yılına kadar ileri boyuttaki yoksulluğun ve açlığın ortadan kaldırılmasıdır. HIV/AIDS de yoksullukla bağlantılıdır. Diğer bir deyişle salgın hastalıklar, yoksulluğun doğal bir sonucu ve nedenidir. Gelişmiş ülkelerdeki durum göstermiştir ki; hastalığın bulaşma oranının en yüksek olduğu yerler şehir merkezleri ve göreceli olarak iyi eğitim almış kişilerdir (hastalığın ilk safhalarında). Daha sonra salgının yayılması fakir kırsal nüfus arasında görülmektedir. Göstergelere bakıldığında, hastalık belirlendiği zaman oranın düşme eğilimi, daha varlıklı ve iyi eğitim almış kesimde daha hızlıdır. Yoksul kesimde ise bu oran önlenemez bir şekilde yükselmeye devam etmektedir. Yoksulluk, Afrika'da HIV/AIDS, sıtma ve tüberküloz (verem) gibi en çok görülen ciddi hastalıklar, gelir uçurumu ve eşitsizlikle birlikte daha da vahim hale gelmektedirler.

HIV/AIDS ile yoksulluk arasındaki ilişki, Milenyum Kalkınma Hedefleri'ni gerçekleştirmeyi biraz daha zorlaştırmaktadır. Örneğin Zambiya'da AIDS'ten etkilenen hane halkı çalışmalarının – ki çoğunluğu fakir olan- göstermiştir ki; AIDS'le mücadeleden dolayı aylık gelirlerinde %66 ile %88 arasında düşüş söz konusu olmuştur.

Dahası HIV/AIDS'teki bu artış, Sahra altı Afrika ülkelerini yoğun bir şekilde birçok insani ve kurumsal sorunlarla karşı karşıya bırakmıştır. Örneğin bu sorundan en yoğun olarak etkilenen ülkelerde, toplumun en faydalı kesimindeki yaşam süresi beklentilerini üçte bir oranında düşürmüştür. Bu durum hemşire, doktor, öğretmen ve politika üreticiler gibi yetişmiş profesyonel kadrolarda ciddi azalmalara neden olmuştur.

Ayrıca birçok Afrika ülkesinde gözlemlenmiştir ki; insan kaynağındaki kayıpların makroekonomik etkileri, ekonomik gelişmeyi ciddi bir şekilde etkileyecektir. Uluslararası Çalışma Örgütü tarafından yakın zamanda yapılan çalışmalarda %30 oranında HIV virüsü yaygınlığıyla büyüme oranındaki tahmini kayıp %2,5'tir ve GSMH'lerde kişi başına düşen gelirdeki kayıp oranı %1,6'dır. Bu düşüş her ne kadar normal gibi görünse de, uzun vadedeki sonuçları daha ağırdır.

## **SORUNLAR**

### **NÜFUS FAKTÖRÜ**

BM'nin orta vadeli tahminine göre dünya nüfusu 2050'de 9,3 milyara ulaşacaktır. 2000- 2050 arası süreçte az gelişmiş ülkeler %61 nüfus artış oranıyla dünyadaki bu artışın neredeyse %99'luk kısmını gerçekleştireceklerdir. Sahra altı Afrika, %143 ve Yakın Doğu ülkeleri ise %132 nüfus artışı oranına sahip olacaklardır. Buna karşılık Avrupa kıtası, nüfusunun 86 milyonunu kaybedecektir ki; bu rakam Almanya'nın nüfusundan daha yüksek bir rakama karşılık gelmektedir. ABD en fazla nüfusa sahip ülkeler sıralamasında tek endüstrileşmiş ülke olarak yer alacaktır. Öte yandan 17 ülkenin nüfusu yüzyılın ortasına kadar 100 milyon ya da daha yüksek olacaktır. Hindistan'ın nüfusunun 1,6 milyar ve Çin'in nüfusunun ise 1,5 milyar olması tahmin edilmektedir.

## **ÖLÜM VE HASTALIK ORANI**

Geçen ay (Kasım 2006) açıklanan Dünya Sağlık Örgütü'nün "Afrika Bölgesi Sağlık Raporu: İnsan Sağlığı" başlıklı raporu 1980'den bu yana Afrika'da çocukların hayatta kalması konusunda ilk kez gelişme yaşandığını göstermiştir. Ancak hala bir milyondan fazla bebeğin doğumdan sonra ilk ay içerisinde öldüğü görülmektedir. Sahra altı Afrika, halen doğumdan sonra ilk 28 gün içerisinde 1.16 milyon bebek ölümü rakamlarıyla dünyanın bebek doğumlarında en tehlikeli bölgesi durumundadır. Ancak Dünya Sağlık Örgütü'nün geçen ay yayınlanan raporuna göre, Afrika'nın altı az gelirli ülkesi olan Burkina Faso, Eritre, Madagaskar, Malawi, Uganda ve Tanzania Birleşik Cumhuriyeti, yeni doğan bebek ölümlerini azaltma konusunda çok ciddi gelişmeler kaydetmişlerdir. Rapor, 1980'den bu yana ilk kez çocukların hayatta kalması konusunda gelişme kaydedildiğini göstermektedir, ancak halen bir milyondan fazla Afrikalı bebek ilk ay içerisinde ölmektedir.

Sahra altı Afrika'da HIV/AIDS hastalığının yayılmasından önce bazı ülkelerde yaşam süresi beklentisi 50 yıla kadar yükselerek olumlu bir gelişme göstermiştir. Ancak son on yılda hastalığın yayılmasıyla birlikte yaşam süresi beklentileri 39 yıla düşerek tehlikeli noktalara ulaşmıştır. HIV/AIDS'in yanı sıra tüberküloz ve sıtma gibi hastalıkların tekrar yaygınlaşması, yaşam süresi beklentilerindeki gelişmeleri ortadan kaldırmıştır. Çoğunlukla genç nüfuslar hastalığın ana kurbanları olmakla birlikte ve HIV/AIDS'in Afrika'da 15-49 yaşlar arası yaygınlık oranı tahmini %7,2'dir. Diğer kıtalarda bu ortalama %1'den daha azdır. Bu konudaki genel kanı, hastalığın Afrika'da sosyal ve ekonomik etkilerinin kötüleştiği yönündedir.

Sahra altı Afrika, beş yaş altı çocuk ve annelerdeki ölüm oranıyla birlikte nüfussal hareket konusunda son on yıllarda azda olsa iyileşmeler göstermektedir. Sonuçta beş yaş altı çocuk ve anne ölüm oranı sağlık hizmetlerinin sunulmasında olumsuz bir etki oluşturduğundan dolayı yoksul ülkelerin önünde ciddi bir sorun olarak durmaktadır. Her yıl yarım milyondan fazla kadın, hamilelikle bağlantılı sorunlar nedeniyle hayatını kaybetmektedir. Afrika'daki bu trajik ölümleri önlemek için sonuç odaklı çalışmaların yapılması ve acil tedbirlerinin alınması gerekmektedir. Annelik sağlığının iyileştirilmesi uluslararası normlarda kabul edilen Milenyum Kalkınma Hedefleri'nin sekiz maddesinden birisidir. Toplum ve hane düzeyinde aile sağlığı, anne ve çoğu durumda çocuğun da hayatta kalmasının, annenin hayatta kalmasına bağlı olduğu kabul edilmektedir.

Dünya Sağlık Örgütü, salgınların sağlık sistemi üzerinde ani ve yoğun talepler oluşturabileceğini bildirmiştir. Bu aciliyetler sistemde var olan zayıflığı daha açık bir şekilde ortaya koymaktadır. Ayrıca bunlar hastalık ve ölüm oranlarının yükselmesinin yanında ekonomik faaliyetleri ve gelişmeleri de olumsuz yönde etkileyebilir. Dünya Sağlık Örgütü'nün Afrika Bölgesi'ne ilişkin raporunu hazırlayanlar, yeni doğan bebeklerin yaşamlarını kurtarmada var olan programlardan yeterince faydalanılmadığını belirtmektedirler. Örneğin Afrika'da kadınların üçte ikisi doğum öncesi hamilelik bakım programına katılmaktadırlar. Bunların ise sadece %10 'u sıtmayı önleyici tedavi görmektedir. Ayrıca yalnızca %1 oranında HIV virüsü taşıyan anne, bebeğe HIV/AIDS bulaşmasını önlemeye yönelik tavsiye edilen tedaviyi almaktadır.

Hazırlanan rapor, Sahra altı Afrika'da yılda sekiz yüz bin rakamına ulaşan bebek ölümlerinin üçte ikisinin akılcı, düşük maliyetli sağlık hizmetlerinin sunulması ve bu hizmetlerin kadınlar ile bebeklerin %90'ı tarafından alınmasıyla önlenebileceğini saptamıştır. Bunlar, kadınların tetanosa karşı bağışıklıklarının güçlendirilmesi, doğum esnasında uzman birisinin bulunması, yeni doğan bebek enfeksiyonlarına zamanında müdahale edilmesi ve annelerin hijyen, sağlık ve bebeğin emzirilmesi konusunda eğitilmesini içermektedir. Bu yaşamları kurtarmak kişi başı 1.39 dolar ya da yılda 1 milyar dolara mal olacaktır. Rapora göre, bu maliyet özellikle her yıl ölü doğan 1 milyon bebeğin ve her yıl ölen iki yüz elli bin annenin kurtarılmasında fayda sağlayabilir. Milenyum Kalkınma Hedefleri'nin dördüncüsü çocuk ölümlerini azaltmaya yöneliktir. Hedef 1990–2015 arasında beş yaş altı bebek ölümlerini üçte iki oranında-ki bu da yıllık %4,3 oranına eşdeğer- azaltmaktır. Dünya Bankası'nın Sağlık için Milenyum Kalkınma Hedefleri: Mücadelenin Güçlendirilmesi başlıklı rapora göre; Sahra altı Afrika'da bu oran halen yıllık hedefin çok altında olan %1,6 seviyesinde seyretmektedir. Büyük bir ihtimalle annelik ölüm oranında Milenyum Kalkınma Hedefleri'nin beşincisinde talep edilen %5,4'lük oran gerçekleştirilemeyecektir.

2001 yılında, kırk milyon yetişkin ve çocuk HIV/AIDS ile yaşamaktaydı ve salgın nedeniyle üç milyon insan yaşamını yitirmiştir. Bundan en fazla etkilenen ülkeler; 28,1 milyon hastalıktan etkilenen kişi ve yetişkinlerde %8,4 yaygınlık oranıyla Sahra altı Afrika ile %15-%36 arasındaki yaygınlık oranıyla Güney Afrika olmuştur. Her dokuz kişiden biri (4,7 milyon kişi ile dünyadaki bütün ülkelerdekinden daha yüksek bir rakama karşılık gelmekte) HIV/AIDS ile yaşamaktadır. Sonuç olarak yaşam süresi beklentilerinde belirgin bir düşüş

yaşanmaktadır. Örneğin Bostwana’da 1990–1995 arası 60,2 yıl olan bu oran, 1995–2000 arasında 44,4’e düşmüştür. Ayrıca bu oranın 2006 yılına kadar 36 yıla düşmesi beklenmektedir. Sahra altı Afrika’da kişi başına düşen milli gelirdeki artış yarıya düşmüş ve Gayri Safi Milli Hâsıla’nın bundan yoğun bir biçimde etkilenmiş ülkelerde 2020 yılına kadar %20 oranlarında düşmesi beklenmektedir.

## **HIZLI KENTLEŞME**

Gelişmekte olan ülkelerde kentleşme oranı hızlı bir şekilde yükselmektedir. Afrika yıllık %4’lük oranla kentleşme ile en yüksek orana sahiptir. Sıralamada ikinci sırayı alan Asya’da bu oran %2,6’dır. Bu bölgelerde hızla büyüyen şehirler, yeni gelen nüfusa altyapı imkânları sunmada yetersiz kalmaktadır. Afrikalıların %37’si, Asyalıların %18’i ve Güney Amerikalıların %9’u gecekondu ve kaçak yapılar da yaşamaktadırlar. 2015’de 3,9 milyar insan şehirlerde yaşıyor olacak ve bunların %40’ı nüfusu bir milyonu aşan şehirlerde bulunacaktır.

Şehirler -dünya nüfusunun yarısından fazlası- Karbon yayılmasının %80’ine, ağaç kullanımının %75’ine ve saf su kullanımının %6’sına neden olmaktadır. 2015’e kadar 375 milyon insan, 23 büyük şehirde ya da nüfusu on milyondan fazla olan şehirlerde yaşıyor olacaktır. En büyük şehirlerin Tokyo (26,4 milyon), Mumbai (26,1 milyon), Lagos (23,2 milyon), Dhoka (21,1 milyon) ve Sao Paulo (20,4 milyon) şeklinde sıralanması beklenmektedir.

Son birkaç on yılda yavaşlama görülmesine karşın, ana nüfus artışının Afrika ve Okyanusya’da görülmesi beklenmektedir. Uganda ve Yemen’de kırsal nüfusun %2 oranında artacağı tahmin edilmektedir. Ayrıca kırsal nüfusun Kongo Demokratik Cumhuriyeti’nde, Etiyopya’da ve Afganistan’da %1,5 oranında artması beklenmektedir. Şehir nüfusundaki artışa, şehirdeki yoksulluğun artışı da eşlik etmektedir. Bu durum merkezi hükümetler için daha büyük bir yük oluşturmaktadır. Bunun neticesinde birçok hükümet yerelleşmeyi tercih etmiş ve yerel yönetimlere şehirlerdeki sorunların tespiti ve çözümünde yetki vermiştir. Bu sorunlar birbirleriyle bağlantılı olmakla birlikte söz konusu sorunların şu şekilde sıralanması mümkündür: Kurumsal kapasiteden daha fazla ve büyümeye devam eden şehirlerde yaşayanların temel hizmet talepleri, yetersiz mali kaynaklar ve çevre taşıma kapasitesi, eşitsizliğin şehirlerde artışı, farklı yerleşim birimlerindeki memnuniyetsizlik, şiddetin artışı ki;

bu sorundan kadınlar ve çocuklar olumsuz etkilenmekte, barınma ve bir evde yaşama hakkına ulaşımında yetersizlik, bu durum ciddi kalabalıklaşmaya, evsizliğe ve Afrika'daki sokak çocuklarının sayısının artmasına ve çevresel sağlık sorunlarına yol açmaktadır.

## **SAĞLIK SİSTEMİ, İNSAN VE KURUMSAL YETERLİLİK**

Günümüzde Afrika'da hizmetlerin ihtiyaç duyanlara ulaşamaması halen en büyük sorunlardan birisidir. Yoksulların –özellikle şehirlerde yaşayan- yeterli hizmetlere ulaşmaları, bu kişilerin hakları arasında iken, temel hizmetlere erişimde dahi güçlükler yaşanmaktadır.

Hizmetlerin ulaştırılması gereksinimi teknik, kurumsal, sosyal, mali ve ekonomik kısıtlamalar ve ihtiyaçların dengelenmesini gerektirmektedir. Hizmetlerin genişletilmesinin başarısızlığı katı ya da eski politika ve düzenlemelerin olduğu kadar resmi makamların sorunun büyüklüğünü ve ciddiyetini kabul etme konusundaki yetersizliklerinin de bir sonucudur. Kaçak yerleşim alanlarında yaşayanlar, genellikle yeterli ve normal su kaynaklarına, temizlik hizmetlerine ve ev hizmetlerine ulaşmada kısıtlıdır. Bu yerleşimciler drenaj, sokak aydınlatması, yollar, kaldırımlar, çöplerin atılması gibi hizmetler ve altyapıya ulaşma konusunda sınırlı ya da bunlara ulaşamamaktadırlar. Sonuç olarak, yoksul hane halkı, doğal felaketlere karşı korumasız olmakla birlikte, bu bölgeler birçok salgın hastalığın yaygın olduğu yerlerdir.

Sağlık alanındaki kamu politikası tartışmaları genellikle sağlık faaliyetlerinin sunulması, özellikle kamu tesislerine yoğunlaşmaktadır. İlk konu olan hane halkının bakımı ve koruyucu önlemlerin alınması öncelikli ve en önemli konudur.

## **TOPLUMSAL KATILIM**

Hizmetin başlatılması ve sunulmasında hane halkının rolünü göz ardı etmek mümkün değildir. Özellikle yoksul kesimlerde talebin belirlenmesinde toplumların rolü son derece önemlidir. Ayrıca sağlık hizmetlerini temin edenlerin onların diğerleriyle olan bağlantıları, kullanabilecekleri, ulaşabilecekleri insani ve maddi girdiler, aldıkları teşvikler ve çalıştıkları yerlerdeki kurumsal ve düzenli yapı çok büyük önem taşımaktadır. Bugün Sahra altı Afrika'da insan yaşamından birçok şeyi alıp götürülen en ciddi sağlık sorunları HIV/AIDS, sıtma ve tüberküloz'dur. Özellikle sıtmanın bu az gelişmiş ekonomilerde yeniden artış



göstermesi, halk sağlığı koşullarının ihmal edilmesinden kaynaklanmaktadır. Temizlik ve asgari koruyucu hizmetlerdeki yetersizlik, sıtmanın yayılmasına ve söz konusu tehdidin yaygınlığının artmasına neden olmuştur. Bu bölgedeki yatırımlarda görölen yetersizliğinin nüfus üzerinde çok olumsuz etkileri bulunmaktadır. Örneğin Gana'da 2002 yılı boyunca hane halkının ölümcül sıtma için dolaylı maliyeti 23.89 milyon dolardır. Hane halkına doğrudan maliyeti 18.41 milyon dolar, Sağlık Bakanlığı'na doğrudan maliyeti ise 7.75 milyon dolardır.

### **SAĞLIK BAKIM FİNANSMANI VE YARDIM AKIŐI**

Afrika ölkeleri 2003 yılındaki GSYH'lerinin %5'ini sağlık alanına harcamışlardır. Bunun %51'i hükümetler tarafından yapılan harcamalardır. Ortalama olarak dış kaynaklarla yapılan sağlık harcamalarının, kamu harcamaları içindeki oranı %26'dır. Bu oran ölkeden ölkeye farklılık göstermektedir. Örneğin Cezayir'de yalnızca %1 olan bu alandaki kamusal harcamalar, Sahra altı Afrika bölgesi ölkelerinden Ruanda'da %75'in altına düşürölememektedir. Hükümsel olmayan kuruluşların da dâhil olduğu özel sektör harcamalarının ortalaması ise %49'luk bir paya sahiptir.

Ortalama bağış fonları, Afrika Bölgesi'nde 2003 yılındaki sağlık harcamalarının %16'lık bölümünü karşılamaktadır. Afrikalı liderler, Maputo Deklarasyonu'nda bağış yapan ölkeleri GSYH'lerinin %0,7'sini gelişmekte olan ölkelere sağlık ve kalkınma kaynaklarını arttırmak için, resmi yardım olarak tahsis etmeleri konusunda isteklerinin karşılanması için çağrıda bulunmuşlardır. Dünya Sağlık Örgütü raporunda uluslararası bağışçılar arasındaki koordinasyonun yetersiz olduğu gözlemlenmiştir. Söz konusu yardımseverler, farklı türdeki salgınlara ve sistematik olmayan bir yöntemle yaklaşma eğilimindedirler. Ayrıca buna ilişkin farklı hizmet sunumu talep edilebilir ve diğerlerinden farklı ilaçlar kullanma konusunda kararlı olabilirler.

Dünya Sağlık Örgütü, Milenyum Kalkınma Hedefleri ve Afrika'nın kalkınması için yeni ortaklık hedeflerinin gerçekleştirmesi için zorunlu halk sağlığı yardımları paketinin temin edilmesinde yılda kişi başına en az 34 dolar gerektiğini bildirmiştir. Bu nedenle hâlihazırda sağlıkta 34 dolardan daha az harcama yapan ölkeler, tavsiye edilen asgari rakam ulaşmak için tahsis edilen bütçelerini arttırmak zorunda kalacaklardır.

2005 yılı; gelişmiş ülkelerin milli gelirlerinin %0,7'sinin resmi kalkınma yardımı olarak verilmesinin Birleşmiş Milletler üye devletlerince 1970 Genel Kurul'unda benimsenmesinden bu yana 35 yıl geçtiğini işaret etmektedir.

“ Rolün özel öneminin takdir görmesi resmi kalkınma yardımıyla başarılabilir. Gelişmekte olan ülkelere mali kaynak aktarımının ana kısmı resmi kalkınma yardımı çerçevesinde sağlanmalıdır. Ekonomik açıdan kalkınmış ülkeler, gelişmekte olan ülkelere kalkınma yardımını arttıracak ve on yıllık sürecin ortasına kadar GSYH'lerini minimum %0,7'lik hedefine ulaşmak için gerekli çalışmaları gerçekleştireceklerdir.” B.M. 1970 paragraf 43.

Resmi Kalkınma Yardımının ilanından sonra verilen ilk süre geride kalmış ve 1980'de yardım yapan ülkelerin GSYH'lerinin %0.35'ine ve 1990'da %0.34'üne ulaşılmıştır. 2002'de Monterrey Konsensüsü'nde %0,7 hedefi bütün ülkelerde tekrar onaylanmış ancak bu yıl söz konusu oran %0.23 olarak gerçekleşmiştir (OECD 2004). Birliğin organları resmi kalkınma yardımlarındaki düşüşü engellemek için Avrupa Birliği'nin ortalama GSMH' sinin %0.39'u üzerinde anlaşmaya varılmış ve bu konuda taahhütte bulunulmuştur. OECD-Kalkınma Destekleme Komitesi üyeleri gelişmekte olan ülkeler için resmi kalkınma yardımlarını 2001'den 2002'ye kadar toplam milli gelirlerinin %0.23'üne karşılık gelen 57 milyar dolara kadar çıkartmışlardır. OECD tahminlerine göre Monterrey'de verilen sözlerin yerine getirilmesi için resmi kalkınma yardımları %31(16 milyar dolar) civarında arttırılabilir ve resmi kalkınma yardımlarını 2006'ya kadar %0.26 GSMH oranına getirebilir ki; bu hala 1992'de yakalanan %0.33 oranının oldukça altındadır. %0.7 oranındaki GSMH hedefinin gerçekleşmesi için uzun yıllar geçmesi gerekmektedir.

Bugüne kadar yalnızca beş ülke %0,7 hedefinin üzerine çıkabilmiştir: Danimarka, Lüksemburg, Hollanda, Norveç ve İsveç. Ancak geçen iki yılda altı ülke daha kendileri için bu oranı 2015'e kadar geçme hedefi ile bir takvim belirlemişlerdir. Bu ülkeler ise Belçika, Finlandiya, Fransa, İrlanda, İspanya ve Birleşik Krallıktır. Böylece OECD-Kalkınma Destekleme Komitesi üyelerinin yaklaşık yarısı 2015 yılına kadar %0,7'lik hedefe ulaşmada bir takvim belirlemiş oldular.( Milenyum Kalkınma Hedeflerini başarmak için belirlenen tarih)

## KUTU 1

### Bağış Hareketinin Kalkınmaya Etkilerinin Değerlendirilmesi

#### Çok Yönlü Yaklaşım

Bağış yapan ülkelerin kalkınmadaki etkinliğinin arttırılmasında rolünü belirlemeye çalışırken, yardım politikaları ve uygulamaları düzleminde değerlendirme çok önemlidir. Resmi Kalkınma Yardımlarının harcanması son derece önemli bir konudur. Ticaret, çevre, yatırım ve açık kapatıcı politikalar ve uygulamalar yardım eden ülkeler için yoksul ülkelerdeki kalkınma gücünü etkileyici ek yöntemlerdir. Bağışçı politika ve uygulamalarının kalkınma yardımların bu ek yöntemlerin hesaba katılması, yardımın yalnızca miktarına göre değerlendirilmesinden farklı bir sonuç ortaya çıkarmaktadır.

Bunun desteklenmesi için bağışçı ülkelerin politika ve uygulamalarının daha kapsamlı değerlendirilmesi gerekmektedir. Washington D.C. deki düşünce kuruluşu Küresel Kalkınma Merkezi 21 bağışçı ülkenin, kalkınmayı geliştirmek için ticaret, çevre, yatırım, göçmenlik ve barışı koruma politika ve uygulamalarını analiz etmiştir. Çıkan sonuçtaki genel inanç bu ek yöntemlerin değerlendirilmeye alınmasının hangi bağışçıların en çok kalkınmayı desteklediği konusunda farklı bir resim ortaya çıkaracaktır.

Örneğin dünyada gelişmekte olan ülkelere en çok dış yardım yapan ülkeler ABD ve Japonya'dır. Sadece, resmi kalkınma yardımlarının ülkelerin toplam milli gelirlerine oranına göre belirlenmesi kriteri doğrultusunda bu iki ülkenin, kalkınmanın teşvikinde en önemli görevi yerine getirdikleri söylenebilir. Fakat ek politika değerleri analize eklendiğinde ülkelerin sıralaması ciddi şekilde değişebilir. Hollanda, Danimarka ve Portekiz kalkınmaya yardımda ilk üç ülke olarak addedildi.

Kaynak: Milenyum Projesi: Kalkınmaya Yatırım, Küresel Kalkınma Merkezi, 2003,"Zengin Sıralaması",Dış Politika Mayıs/Haziran.

Dünya Bankası istatistiklerine göre, 2001'deki resmi kalkınma yardımları az gelişmiş ülkelerin toplam milli gelirlerinin %8,1'ine ve diğer az gelirli ülkelerdeki %2,3 toplam milli gelir oranlarına eşittir. Gelişmiş ülkelerin yardım tahsisinde siyasi, ekonomik ve stratejik çıkarları yoğun tartışma konusu olmaya devam etmektedir. 2003 Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı Kalkınma Etkinliği Raporunda belirtildiğine göre Dünya Bankası çalışmalarına göre yardımların dağıtılmasında ekonomik olmayan; kolonisel bağlantılar, Birleşmiş Milletler'de bağış yapan ülkelerin tarafında oy kullanılması ve özel ilişkiler - yoksulluk, ekonomik politikalar ve politik açıklıktan daha önemli durum arz etmektedir. Ancak yardımların daha çok kalkınmaya yöneldiğine dair işaretler görmekteyiz ve son birkaç yılda özellikle az gelişmiş ülkelere ve Sahra altı Afrika'ya yapılan resmi kalkınma yardımlarında yüksek eğilim gözlemlenmektedir. Aşağıdaki tabloya bakınız.

**Tablo 1. Bölgeler Tarafından Yardım Akışları, 2001**

Bölge	Ülke	Yardım (Brüt Milli Gelir Yüzdesi)		Yardım (Merkezi Hükümet Giderleri Yüzdesi)		Ürün ve Hizmet İhracatı (Gayri Safi Yurt İçi Hasıla Yüzdesi)	
		1990	2001	1990	2001	1990	2001
Kuzey Afrika ve Orta Doğu	<b>Toplam</b>	2.6	0.7			32.9	33.8
	<b>Cezayir</b>	0.4	0.3		1.0	23.4	37.2
Sahra altı Afrika	<b>Toplam</b>	6.4	4.6			27.0	31.2
	<b>Tanzanya</b>	28.8	13.3			12.6	15.6
	<b>Senegal</b>	14.9	9.2		41.6	25.4	29.6
Doğu Asya ve Pasifik	<b>Toplam</b>	1.2	0.5			25.0	40.7
	<b>Çin</b>	0.6	0.1	5.3		17.5	25.8
	<b>Filipinler</b>	2.9	0.7	14.7	4.2	27.5	49.3
Güney Asya	<b>Toplam</b>	1.5	1.0			9.0	15.2
	<b>Hindistan</b>	0.4	2.0	2.7		7.2	13.7
	<b>Bangladeş</b>	7.0	2.2		2.0	6.2	15.4
Avrupa ve Merkezi Asya	<b>Toplam</b>	0.3	1.0			23.1	41.2
	<b>Rusya F.</b>	0.0	0.4		1.5	18.2	36.8
Latin Amerika ve Karayipler	<b>Toplam</b>	0.4	0.3			14.1	18.6
	<b>Bolivya</b>	11.8	9.4	68.6	34.1	22.8	18.3
	<b>Dominik C.</b>	1.5	0.5	12.3		33.8	23.9

Kaynak: Dünya Bankası, 2002

## YANSIMALAR VE FIRSATLAR

Sahra altı Afrika'daki ülkelerin sağlık sistemlerini yeniden gözden geçirmeleri gerekmektedir. Öncelikli sağlık bakımı konsepti, halka ve yerel yönetimlere halk sağlığı konularında sorumluluklar vermektedir. Bu nedenle bunların yeniden düzenlenmesi ve günümüz koşullarına göre ayarlanması gerekmektedir. Özel sektör ve diğer yardım kuruluşları, özellikle de dini kuruluşlar, hükümetler tarafından ücretli tedavi hizmetleri sağlamaları için desteklenmektedir. Eğer bu kuruluşlar ulusal ve uluslararası destekçiler tarafından yoğun halk sağlığı kursları ve hizmet ettiği toplum için sağlık eğitimi sağlamada teşvik edilirlerse toplum sağlığında belirleyici/önemli birer rol üstlenebilirler.

Sahra altı Afrika'da şehir ve kırsal bölgelerdeki yoksul insanlara ücretsiz sağlık bakımı için geçici süreliğine borç erteleme konusu ulusal varlıklar arasında tartışılmalı ve Afrika bölgesinde kalkınma ortaklarıyla karara bağlanmalıdır.

Afrika kıtası, özellikle Sahra altı Afrika bölgesi nüfusunun üçte birinin minimum enerji gıda tüketiminin altında olmasıyla, en yüksek yetersiz beslenme oranına sahiptir. Bölge ilköğretimde cinsiyet ayrımıyla birlikte en düşük ilköğretime katılım oranına %0.86 sahiptir. HIV/AIDS krizleri kıtada felakete yol açmakta, yaşamları ve yaşam için gerekli iş şartlarını yok etmektedir. Her 10 erkeğe karşılık gelen 13 kadın oranıyla kadınlar dengesiz bir şekilde etkilenmektedir (UNAIDS2004). Bölgedeki sıtma ve tüberküloz, anne ve çocuk ölümlerinde gelişmiş ülkelerden 46 kat fazla olmasıyla dünyada en yüksek orana sahiptir. Afrika'da bazı ülkeler Yoksulluğun Azaltılmasına Yönelik Stratejiler oluşturarak ve temiz içme suyuna ulaşmada olumlu gelişmeler gözlenmiş ancak Sahra altı Afrika Büyük Milenyum Kalkınma Hedefleri yatırımlarına ihtiyaç duyan ve dünyada yoksulluk sorununa karşı halen en zayıf bölgedir.

Milenyum Projesi'nde bulunan ilgili olarak beş yapısal neden sıralanmıştır.

- Yüksek ulaşım masrafları ve küçük pazarlar (bu durum karalarla çevrili ülkelerde daha vahimdir),
- Düşük verimli tarım,
- Yüksek salgın hastalık sorunları,
- Tarihsel coğrafi dezavantajlar,
- Dışarıdan teknoloji transferinin yavaş olması.

Bağışlar bu gerçekleri olduğu kadar altında yatan nedenleri de dikkate almak zorundadır.

Yardımanın etkinliğini zorlaştıran kısıtlamalar (çeşitli kapasite ve sürdürülebilirlik dâhil) pratik yollarla tespit edilmeli, olaya dâhil olan kişi ve kuruluşların geçmiş tecrübeleri ile görüşleri geniş çerçevede dikkate alınmalıdır.

2003 Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı Kalkınma Etkinliği Raporu'na göre resmi kalkınma yardımları eğitim, sağlık, nüfus, su ve temizlikten daha çok siyasi ve idari yönetime gitmektedir. Milenyum Kalkınma Hedeflerine ulaşmak için reçete sadece daha çok yardıma değil daha etkili yardıma bağlıdır. Resmi kalkınma yardımı için savunulan görüş ülkelerin daha iyi odaklanarak kapasite, mülkiyet ve siyasi çevresindeki boşlukları tespit edilerek, kalkınmanın önündeki engeller olarak algılandığından kalkınma etkinliğinin yükseltileceğidir.

Yardım yönetimi, yardımı alan tarafta olduğu kadar yardımı yapan tarafta da kritik yönetim hataları göstermektedir. Bu aynı zamanda ikileme de işaret etmektedir. Yardım ihtiyaçlarının

sahipliğinin geliştirme meselesini söylemeye gerek yoktur. Ancak bu yardım koordinasyonunun geliştirilmesiyle ve yardımların; sağlık, su-temizlik, gelir ve insanların fakirliği ile olduğu kadar gelir koşullarının ve yardımı alan ülkelerdeki insanların gelirlerinin iyileştirilmesine odaklanan politikalar ve programlara yönlendirilmesiyle gerçekleşir. Daha iyi yardım yönetimi oluşturmak için, yardım paketinin ihtiyaçlara cevap vermesi gerekmektedir. Bunun yanında her iki tarafa da gelişen talepleri ve acil ihtiyaçları karşılama konusunda esneklik sağlamalıdır. Birçok ülkenin yardım koordinasyonunda sorumluluk alması ekstra bir durum olmaktan çok kural haline gelmektedir.

Hedeflenen sektörler için ihtiyaç duyulan kaynakların birleştirilmesi dâhil, kişi ve kurumsal kapasite taleplerinin amaca uygunluğu için yardımın maliyetini düşürmeye ilaveten yardım yönetiminde ölçekli ekonomilerin oluşmasına ihtiyaç vardır.

Milenyum Kalkınma Hedeflerini özellikle anne ve çocuk ölümlerini azaltmak için stratejik ve gerçekçi hedeflerin ahlaki zorunluluk ve uygulama olarak ele alınması gerekmektedir. Yönlendirilmiş ulusal politika girişimleri desteklenmelidir. Politikaların karışımının sağlık hizmetleri üzerinde doğrudan etkisi bulunmakta ve üretkenlik, geniş sosyal ve ekonomik kalkınma hedeflerinin gerçekleşmesini destekleyebilmektedir. Salgın hastalıkların sınır tanımadığının algılanmasından itibaren küresel, bölgesel ve ulusal boyutta izlenen yaygın salgın hastalıklara karşı acil önlemlere ihtiyaç duyulmakta, uluslararası toplum zayıf ve iyileştirici önlemler almaya imkânı olmayan ülkelerde alınacak acil önlemlerle gelecekteki hastalık ve salgınlarla mücadelede başarı kazanabilir. Dünya Sağlık Örgütü'nün raporuna göre sağlık, sektörün dışındaki bazı doğrudan etki faktörleriyle belirlenmektedir. Bunlar; su, temizlik ve diğer çevresel faktörler olduğu kadar gıda imkânları, eğitim, siyasi ve sosyal çevredir. Sağlık bu sosyal belirleyicileri, sektörler arası işbirliğinin güçlenmesiyle belirlenebilir.

## KAYNAKLAR

1. Afrika Bölgesel Sağlık Raporu, Dünya Sağlık Örgütü,2006.
2. Kalkınma Yatırımı: Milenyum Kalkınma Hedeflerini Gerçekleştirmek İçin Pratik Plan: Milenyum Projesi 2005, BM Genel Sekreterine sunulmuştur.
3. Nüfus Sorunları ve Kalkınma Hedefleri, BM Ekonomik ve Sosyal İlişkiler.
4. 2001–2010 Azgelişmiş Ülkeler İçin Hareket Programı Deklarasyonu.
5. Ummak ve Uğraşmak: Hareket İçin Çağrı: Azgelişmiş Ülkelerde HIV/AIDS Mücadele Kapasitesi, UNDP/UN-OHRLLS.
6. Kalkınma Etkinliği Raporu 2003: Sonuçlar İçin Ortaklıklar, UNDP.
7. Afrika'nın Kalkınması İçin Yeni Ortaklık: BM Genel Sekreterliğinin BM Genel Kuruluna Sunduğu İkinci Gözden Geçirilmiş Uluslararası Destek ve Uygulamalarda İlerleme Raporu, BM Genel Kurul 59.oturum.
8. Gelecek İçin Yönetim: Azgelişmiş Ülkelerde Demokrasi ve Kalkınma, UNDP-OHRLLS,2006.
9. Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı İnsani Kalkınma Raporu 2005, Uluslar arası İşbirliği: Eşit Olmayan Dünya'da Yardım, Ticaret ve Güvenlik.
10. Sağlık İçin Milenyum Kalkınma Hedefleri: Zorlukların Artışı, 2004IBRD/WB
11. Evrensel İnsan Hakları Bildirgesi