

MIT OpenCourseWare

<http://ocw.mit.edu>

# 14.74- Kalkınma Politikasının Temelleri

Bahar 2009

Ders materyallerini alıntılar için bilgi almak ya da Kullanım Koşulları'nı öğrenmek için lütfen aşağıdaki siteyi ziyaret ediniz:

**<http://ocw.mit.edu/terms>**

Sağlık

Esther Duflo

14.74

9- 11 Mart 2009

# Giriş

- Bugün, sosyal bilimcilerin bakış açısıyla sağlık hakkında konuşacağız: Çeşitli tedavilerin etkileri yerine sağlık hizmetleri ve sağlık davranışlarıyla ilgili konuşacağız.
- Başlıca sorunları saptayabilmek için belirli bir bölgedeki sağlık ve sağlık hizmetlerinin etrafıca tartışarak başlayacağız.
- Bu kanıttan yola çıkarak, araştırmaların üzerine yoğunlaştığı aşağıdaki sorunları tartışacağız:
  - Arzı sabitleme etme
  - Önleyici tıbbi müdahale talebi: düşük talep, fiyatlara yüksek hassasiyet
  - Bu talep neden düşük? Düzeltmek için neler yapılabilir?

# Udaipur Sağlık Projesi

- Udaipur, Rajasthan'da 50 yıldır faaliyet gösteren yerel bir STK olan Seva Mandir ile 5 yıllık iş birliği
- Seva Mandir, sağlık birimini revizyondan geçirmekteydi, bu konuda onlarla çalışmamız isteğiyle çalışma arkadaşım Abhijit Banerjee ve benimle iletişime geçtiler.
- Bölgedeki sorunlarla ilgili en ufak bir fikrimiz yoktu, bu nedenle Udaipur'da sağlık durumu, sağlık hizmetleri ve sağlık davranışlarıyla ilgili bir senelik bir araştırma yapmaya karar verdik
  - Elde edilen verileri analiz edecek, gelecek vadeden uygulamaları seçmek amacıyla sağlık sektöründe çalışanların temsilcileriyle (doktorlar, STKlar, devlet görevlileri) müzakereler düzenleyecektik
  - Sonrasında bu fikirleri rastgeleleştirilmiş değerlendirmeler aracılığıyla test ederek, tekrar toplanıp sonuçları tartışacaktık

# Udaipur Sağlık ve Refah Anketi

- Anket 2003 – 2004 yılları arasında yapıldı
  - 100 köy
  - 1000 hane: uzun süreli hane mülakatları, bazı sağlık durumu ölçümleri
  - 451 “modern” özel sağlık tesisi
  - 123 kamu tesisi her hafta ziyaret edildi.

# Anket: Mülakat

resim

# Anket: Boy Ölçümü

resim

# Bazı çarpıcı veriler

- Sağlık durumu kötü
- Sağlık hizmetleri talep alışkanlıkları
- Sağlık hizmetleri arz alışkanlıkları



# Sağlık durumu kötü

- Hastalıklar
- Beslenme durumu:
  - Boy ve kilo: kadınların %88'inin, erkeklerin ise %93'ünün Vücut Kütle Endeksi 21'in altında (ortalama=18)
  - Solunum problemleri: ortalama zirve akım ölçümü nefes başına 316 ml. (350'nin altındaki değerler solunum zorluğu belirtisi kabul ediliyor)
  - Kansızlık: Kadınların %56'sı erkeklerin ise %51'i anemik.
  - Hindistan çapında bir olgu: yoksul kesimin dahi gelirleri artmasına rağmen, kalori tüketimi kötüye gidiyor, ve çocukların beslenme durumunda iyileşme gözlenmiyor

# Hastalıklar Okyanusu

Grafik

Tavsiye edilen kalori miktarının altında  
tüketen hanelerin oranı

Grafik

# Sağlık hizmetleri talep alışkanlıkları

- Yoksul kesim de dahil olmak üzere, bütçelerinin büyük bir kısmını sağlığa ayırıyorlar
- Haneler ortalama olarak her iki ayda bir sağlık tesislerini ziyaret ediyorlar
- Sağlık ziyaretlerinin çoğu özel “doktor”lara yapılıyor
- Tedavi edici müdahalelere nazaran önleyici müdahaleler oldukça sınırlı. Örneğin
  - Kapsamlı aşılama oranı: %2’den az

# Sağlık Harcamalarının Bütçedeki Payı

Grafik

# Tesis Türlerine Göre Ziyaretler

Grafik

# Sağlık Hizmetleri Arz Alışkanlıkları: Özel Sektör

- Özel sektör:
  - Tamamen denetleme dışı, çok düşük kalite
  - Antibiyotikler ve damlalarla tedavi: neredeyse hiç test yapılmıyor

# Özel “Doktor”ların Yetkinlikleri

Grafik



# Özel Tesislerde Uygulanan Tedavi Yöntemleri

Grafik

# Sağlık Hizmetleri Arz Alışkanlıkları: Kamu Sektörü

- Kamu Sektörü:
- Kağıt üzerinde, gelişmekte olan bir ülke için “ideal” sistem
  - 3 katmanlı kamu sağlık tesisleri sistemi
    - Her 3000 kişi için bir altmerkez (bizim örneğimizde 3600 kişi), yakın (Udaipur’da ortalama mesafe 2 km.), bir hemşire tarafından önleyici müdahale ve sevk yapılıyor, tedavi ücretsiz;
    - Her 50,000 kişi için birincil sağlık merkezi (bizim verilerimizde 48,000)
    - Ağır vakalar için toplum sağlık merkezleri ve bölge hastaneleri
- Pratikte,
  - Tesislerin fiziksel koşulları iç karartıcı
  - Devamsızlık: Yalnızca Udaipur’da olmamak üzere, %54’lük devamsızlık oranı (bir yıl boyunca haftalık ölçümler)
  - Tedavi yöntemleri: Daha az antibiyotik kullanımı, ama testler daha fazla değil
  - Hemşirelerin birden fazla görevi var:
    - Güvenilirliklerine zarar veriyor (ör. sterilizasyon kampanyaları)
    - Tüm bu görevlerini ihmal etmelerine sebep oluyor

resim

resim

# Arz ve Talep Etkileşimi

- Hemşirelerin devamsızlığı bireylerin kamu tesislerini kullanmaya daha az yatkın olmalarına sebep oluyor
- İki muhtemel açıklama:
  - Hastaları yüksek devamsızlık oranları caydırıyor
  - Hemşireleri düşük talep caydırıyor
- Bu iki durum da aynı anda var etkili olabilir

# Arzı Sabitlemek?

- Ulusal seviyede, kamu sağlık sekt6rünün durumuna cevap olarak sisteme daha fazla para harcama yoluna gidilmiş. Ulusal Kırsal Sağlık alışması kapsamında sağlık bütçesi GSYH'nin %0.9'undan %2'sine ıkarılacak.
- Yerel seviyede, analizimizi takip eden müzakereler sırasında Udaipur bölgesinin idare başkanı hemşirelere haftanın bir günü merkezde olma zorunluluğu (toplantı ve saha ziyaretleri olmaksızın) getirilmesini önerdi.

# Hemşireleri Denetlemek

- Bölge idaresi ve Seva Mandir işbirliğiyle hemşirelerin belli bir günde (Pazartesi) devamlılığını garanti altına almak için 33 merkezde (rastgele seçim) bir izleme sistemi denendi.
  - Seva Mandir hemşirelere birer tarih ve saat mührü dağıttı
  - Hemşireler Pazartesi günleri mührü kullanarak merkezde olduklarını gösterdiler, gelmedilerse mazeretlerini bildirdiler
  - Seva Mandir kayıtları toplayarak hükümete verdi
  - Hükümet devamsızlığı yüksek hemşirelere yaptırımlar uygulayacağını duyurdu
- Bir araştırma takımı (J-PAL ve Vidhya Bhawan, yerel bir üniversite) düzenli olarak habersiz kontroller yaptı (Pazartesi ve diğer günlerde).

# Hemşire denetleme programı sonuçları

Grafik



# Sonuçlar

- Önceleri, büyük etki: Hemşireler yaptırımlara oldukça duyarlı
- Ancak zaman geçtikçe denetlemeye tabi tutulan grubun devamlılığı azalırken, kontrol grubununki artıyor
- Sonunda, denetlemeye tabi tutulmayan grubun Pazartesi günleri devamlılığı daha yüksek
- Ne oldu?
  - Mühür sistemi hemşirelere devamsızlıkları için mazeret bildirme şansını verdi
  - Devamsızlık “istisna gün” oldu (ve “bozuk makinalar”)

# Devamsızlıklardan istisnalara

Grafik

# İzleme sisteminde isteklilik anahtar nokta

- Bu denemenin sonuçlarıyla öğretmenlere yaptırımların uygulandığı benzer bir denemenin sonuçları arasında farklılıklar var (devamsızlık %40'tan %20'ye indi ve bu seviyede kaldı)
- Seva Mandir bu sistemi öğretmenler için uygulamaya kendini adanmıştı
- Ancak kamu sağlık sistemi üst kademeler hariç bu sistemi uygulamaya istekli değildi
- Birbiriyle çelişen taleplerle karşılaştıklarında hemşireler neyin gerçekten önemli olup neyin olmadığını anlamaya çalışıyor. Denetlemeye tabi tutulan gruplarda Pazartesi günleri merkezde bulunmanın çok da gerekli bir öncelik olmadığını öğrendiler

# Sağlık talebi ve isteklilik

- Bürokrasi nasıl olup da kendi kurallarını uygulamayabilir?
- Muhtemel cevap: kamu sağlık hizmetlerindeki küçük değişikliklere talep olmadığı için çalışanlar programları uygulamakta isteksiz
- Bir gösterge: işlem grubunda devamlılığın yüksek olduğu ilk 6 ayda tesis kullanımını oldukça düşük seviyede kaldı
  - İşlem tesisinin açık olduğu zamanlarda ortalama 0,74 hasta vardı
  - Kontrol tesisinin açık olduğu zamanlarda ise ortalama 0,81 hasta vardı
- Bu durumu yöneticiler tarafından empoze edilen sistemlerin, tabandan talep olmadığı takdirde sürdürülebilir olmamasıyla açıklayabiliriz

# Halkı güçlendirmek: taban hareketleri ile Sağlık reformu

- Uganda da gerçekleştirilen deney ilginç bir karşılaştırma yapmamıza olanak sağlıyor
- Sorunlar oldukça benzer (sağlık merkezinde devamsızlık: %47)
- Tepeden aşağıya uygulama yerine, sağlık çalışanlarını denetleme işine halkı dahil ettiler
- Uygulama, kamu sağlık tesis deneyimleriyle ilgili veri toplamak için yapılan hane anketleriyle başladı
- Sonrasında toplumsal organizasyonlar 3 toplantı düzenledi: halk toplantısı, sağlık merkezi toplantısı ve iki tarafın karşılıklı toplantısı
- Bu toplantılar sonucunda durum iyileştirmesi için nasıl bir eylem planı yapılacağına ve yöre halkının tesisleri nasıl denetleyeceğine karar verildi

# Halkı güçlendirmek: Sonuçlar

- Sonuçlar:
  - Yöre halkı sağlık çalışanlarını denetlemeyle daha ilgili hale geldi
  - Sağlık çalışanlarının devamlılıkları arttı
  - Bazı alanlarda sağlık hizmetlerinin kullanımı arttı
  - Sağlık sonuçları iyileşti

# Uganda'da Halk Denetlemesi: Sonuçlar

Grafik

# Neden Talep Düşük?

- Kamu tesislerinde iyileştirmeler yapıldığında bile talebin düşük kalmasının iki sebebi olabilir
  - Köylüler bu değişikliklerin kalıcı olacağına inanmıyorlar
  - (Özel doktorların verdiği sağlık hizmetleri ile karşılaştırıldığında) Kamu tesislerinde sağlanan sağlık hizmetlerine (önleyici müdahaleler/ antibiyotik kullanımı yok) talep düşük
  - İkinci nedeni analiz etmek için, önleyici müdahale arzındaki iyileştirmenin etkilerine bakacağız



# Arz iyileştirmesinin etkileri: Aşı kampları

- Alt merkezlerdeki yüksek devamsızlık oranları Udaipur'daki düşük aşılama oranlarının sebebi olabilir
- Seva Mandir hükümetle işbirliği yaparak aşı kampları organize etti
  - Seva Mandir (motosikletli) erkek hemşireleri işe aldı. Hemşire kamu tesislerinden aşıları alarak köylere getirdi. Sonrasında köylerde aşı kampları kuruldu
    - Her ay, hep aynı tarihte
    - Oldukça düzenli ( planlanan kampların %95'i hayata geçirildi)
    - Kadınlara çocuklarını aşılatmanın önemini anlatan yerel bir sağlık görevlisi kampların duyurularını yaptı

# Sonuçlar

- Aşılama oranlarında iyileşmeler görüldü
  - Kapsamlı aşı programını tamamlayan çocukların oranı yükseldi
  - Ancak, ilk aşılardaki yükselme daha büyük, anneler takip eden aşılar için kamplara gelmeye daha az istekliler
  - Düşük maliyete rağmen çocukların %88'i aşı olmadı
  - Uganda'daki uygulamanın sonuçlarıyla benzerlikler gösteriyor

Kapsamlı aşı programına katılan  
çocukların oranı

grafik

Belli sayıda aşı olan çocukların oranı

grafik

# Önleyici müdahale: talep sorunu

- Sağlık korumaya yönelik ucuz tıbbi müdahalelerin düşük kullanım oranları:
  - Hindistan: her 4 anneden yalnızca biri çocuğunu doğumu takip eden bir saat içerisinde emziriyor, ve ortalama emzirme süresi yalnızca iki ay (Dünya Sağlık Örgütü doğumdan sonraki bir saat içinde bebeğin emzirilmesini ve bebeğin 6 ay boyunca anne sütü ile beslenmesini öneriyor)
  - Ebeveynlerin form doldurması istendiğinde parazitlere karşı ilaç alan çocukların oranı %78'den %59'a düştü
- Hem pozitif hem negatif fiyatlar için bu hizmetlerin fiyat elastisiteleri çok yüksek
  - Pozitif fiyatlar (çok küçük olsa dahi) kullanımı caydırıyor:
    - Cibilikler (Kenya, Uganda, Madagaskar)
    - Parazit tedavileri (Kenya)
    - Klor (Kenya, Zambiya)
  - Küçük teşvikler kullanımı büyük ölçüde arttırıyor
    - Aşı programları (Hindistan, Afrika'da bir çok ülke)
    - HIV-Aids testleri (Malawi)

# Pozitif fiyatlar kullanımı caydırıyor: Parazit Tedavileri

Grafik

Pozitif fiyatlar kullanımı caydırıyor:  
Cibinlikler

Grafik

Pozitif fiyatlar kullanımı caydırıyor:  
Klor

Grafik



# Küçük teşviklerin aşılama üzerinde etkileri

- Bazı aşı kamplarında Seva Mandir çocuğunu aşıya getiren annelere birer kilo mercimek, tüm aşı programını bitiren annelere ise yemek takımı verdi.
- Aşılamaya ciddi derecede karşı olan kimselere küçük teşvikler ikna edici olmuyor.
- Teşviklerin özellikle birden fazla aşı gerektiren durumlarda kapsamlı aşılama programlarına etkileri büyük oldu.

Kapsamlı aşı programını tamamlayan  
çocukların oranı

Grafik

Belli sayıda aşı olan çocukların oranı

grafik

# Diğer köylere dağılma etkileri

Grafik

# Küçük teşviklerin HIV-Aids testlerine etkileri

- Rebecca Thornton'un çalışması (Malawi)
- Gönüllü Danışmanlık ve Test (GDT) HIV ile mücadelede önemli bir köşetaşı olarak kabul ediliyor (Mozambik: HIV-Aids harcamalarının %55'i GDT'ye ayrılıyor)
- Yine de çok az insan HIV-Aids durumundan haberdar: Psikolojik ve sosyal sebeplerin çok güçlü olduğu tahmin ediliyor
- Yapılan bir anket çerçevesinde 2812'den fazla katılımcı HIV-Aids testi oldu
- İsterlerse birkaç hafta sonra sonuçlarını (köyde kurulan bir çadırdan) alabileceklerdi.

# Deney tasarımı

- İki unsur rastgeleleştirildi:
  - Görüşme sonunda katılımcılar üzerinde numaralar olan şişe kapakları çektiler, bu numaralar test sonuçlarını almaları durumunda kazanacakları küçük teşekkür belgelerini temsil ediyordu (0 ile 3 ABD doları arasında değişen miktarlarda)
  - Çadırın köy içindeki konumları da rastgeleleştirildi (yakın ya da uzak)
  - Sonuçlar korku ya da utancın düşük GDT katılımını açıklamadığını gösteriyor

# Yakın çadırlar

resim

# Uzak çadırlar

resim



# Ödüllerin etkileri: Test sonucu öğrenme yüzdeleri

grafik

# Ödül ve çadır uzaklığının etkileri: Test sonucu öğrenme yüzdeleri

grafik

# Önleyici tıbbi müdahalelere talep fiyatlara neden bu kadar duyarlı?

- Önleyici müdahalelere talebin (çok ucuz dahi olsa) fiyatlara bu kadar duyarlı olması şaşırtıcı. Standard bir sağlık yatırımı modelinde bireyler fayda ve maliyetleri karşılaştırıyorlar. Bu tür yatırımların getirilerinin çok yüksek olduğu düşünüldüğünde talebin yüksek olması bekleniyor.
- Korku ya da güven eksikliği düşük talebin sebebi olabilir ancak bu durumda da fiyatlardaki küçük değişikliklerin talebe etkisi olmaması gerekirdi (ör. Aşı programları, HIV testleri)
- İki açıklama önerilebilir:
  1. Tercihlerdeki zaman tutarsızlığı
  2. Bu kararların algılanan faydaları oldukça düşük (gerçek fayda yüksek olsa dahi): ebeveynler genellikle çocuklarını aşı yaptırmama konusunda nötr

# Tercihlerdeki zaman tutarsızlığı

- Bugün, çocuğu aşı yaptırmak zaman kaybettirici, çocuğun rahatsız olmasına sebep oluyor ve bazı muhtemel yan etkileri var
- Faydalar ise (bilinmeyen bir) gelecekte ortaya çıkacak
- İnsanlar şu an ile geleceği farklı değerlendiriyor (O'Donoghue ve Rabin, Laibson).
  - Şu an içerisinde, daha dürtüsel davranıyoruz: bugün ödeyeceğimiz bir maliyet faydalarla karşılaştırıldığında çok büyük geliyor
  - Gelecekle ilgili kararlarda daha rasyoneliz: gelecek ay ödenecek maliyet faydalarla karşılaştırıldığında daha küçük görünüyor
  - Küçük maliyetleri gelecek dönemlere erteleme eğilimimiz var
  - Ancak, gelecek şimdiki zaman olduğunda maliyetler yine gözümüzde büyüyor

# Tercihlerdeki zaman tutarsızlığı ve önleyici tıbbi müdahale

- Bu, bir hastalık için şüpheli iyileştirme tedavilerine büyük paralar harcanırken, neden aynı hastalık için aşı yaptırmanın gelecek aylara ertelendiğini açıklayabilir
- Bu durumda, bugün kazanılacak ödüller işlemin maliyetinden büyük olduğu sürece (ör. bir paket mercimek) ebeveynler ikna edilebilir
- Bir çok gelişmiş ülkede aşı programları zorunlu: aynı rolü oynuyor
- Bu ülkelerde, para yardımları, teşvikler ve yaptırımlar iki nedenle haklı çıkarılabilir
  - Dışsalıklar: diğerlerini olumlu etkileyecek şeyler yapmamızı istiyorlar
  - “İçsellikler”: Kendimiz için en doğru olanı yapmamızı istiyorlar

# Üstlenme araçlarının rolü

- Zaman tutarsızlığı temel sorunsa, bireylere doğru adımları atmalarında yardım edecek başka yollar bulunabilir:
  - Richard Thaler ve Cass Sunstein’in tabiriyle “dürtme”: bireylerin kendileri için en doğru olanı seçmelerini sağlayacak pazarlama teknikleri (ör. “iyi” varsayılan seçenekler)
  - Gelecekte belli bir davranışı şimdiden üstlenmelerine yardım etmek: üstlenme araçları

# Sigara kullanımı: Üstlenme araçlarının rolü

- Sigara kullanımı gelişmekte olan ölkelerde genel bir sorun
- Tercihlerindeki zaman tutarsızlığının farkında olan bireyler sigarayı bırakmak isteyebilir
- Filipinlerdeki bir mikrokredi bankası sigara tiryakilerine sigarayı bırakmakta yardımcı olacak CARES adlı bir program başlattı:
  - Müşteriler vadesiz hesap açıyorlar
  - Hesaba düzenli miktarda para yatırıyorlar
  - 6 ay sonra, tam olarak ne zaman yapılacağını bilmedikleri bir sigara testinden geçmek durumundalar
  - Testi geçemezlerse paralarını kaybediyorlar
- Kendini sigarayı bırakmaya zorlamak istemeyen kimse bu programa katılmayacaktır
- CARES programı Dean Karlan ve Jon Zinman tarafından değerlendirildi

# CARES programının etkileri

- CARES programı sigara kullanan 2000 kişi arasından rastgele seçilen 781 kişiye teklif edildi. 781 kişiden 83'ü (%11) programa katılmayı kabul etti.
- 6 ay sonunda herkes teste tabi tutuldu.
- Sigara bırakma oranları:
  - İşlem grubunda (CARES teklif edilen herkes) %11
  - Kontrol grubunda %8
- CARES programına başlayan 83 kişiden 29'u (%35) sigarayı bıraktı. Ancak, CARES programına katılanlarla katılmayanları karşılaştıramayacağımızı unutmamalıyız: Programa katılanlar sigarayı bırakmaya en yatkın (belki de en az yatkın!) olanlar olabilir.
- CARES programı teklifi almış olmanın etkisi: %3
- CARES teklifi almış olmanın programı kabul etmeyenler üzerinde hiçbir etkisi olmadığını varsayarsak, %3'lük kısmın programı kabul eden %11'lik kesimden kaynaklandığını söyleyebiliriz: Programın etkisi:  $0,03/0,11 = \%30$ .



# Fayda Algısı

- Bu durumda zaman tutarsızlığının rol oynadığına dair kanıt olduğunu söyleyebiliriz
- Ancak, önleyici müdahaleleri faydalarından haberdar olduğumuz halde sürekli ertelemek zaman tutarsızlığı ile birlikte çok saf olmayı gerektiriyor
- Önleyici müdahaleler için düşük talep ile yüksek fiyat hassasiyetini ve tedavi edici müdahaleler için yüksek talep ile yüksek ödeme istekliliğini aşağıdaki yatınlıklarımıza bağlayabiliriz:
  - Önleyici müdahalelerin faydalarını azımsıyoruz
  - Tedavi edici müdahalelerin faydalarını ise gözümüzde büyütüyoruz
- Sağlıkla ilgili durumları değerlendirmek zor
  - Tedavi edici müdahaleler için: çoğu hastalık kendi kendine geçme eğiliminde olduğu için herhangi bir tedavi “etkili” görünecektir. Bir “doktor” grip için antibiyotik verdiğinde, hastalığı onun iyi ettiğini düşünüp, gelecek sefer de onu ziyaret edebiliriz
  - Önleyici müdahaleler için: Hastalıktan korunmamızı sağlıyor, yani hastalığı gözlemlemiyoruz: aşılama ile hasta olmama arasında direkt bağlantı kurulamıyor

# Önleyici sağlık hizmetleri hakkında bilgi sahibi olmak

- Hedeflemesi iyi yapılmış bilgiler yararlı, konu hakkında genel sözler ise değil
- Sağlık politikası olarak eğitim
- Uygulama ile, ya da diğerlerinin tecrübelerinden öğrenilebilir

# HIV-AIDS'ten korunma: riskten kaçınma ya da riski azaltma

- HIV-AIDS'ten korunma girişimlerinde gençler “fırsat penceresi” olarak görülüyor. HIV-AIDS'in yayılmasını kontrol almada göreceli olarak daha başarılı alan çoğu ülkede gençler korunma çalışmalarının hedefindeydi (ör. Uganda)
- Kenya'da hükümet girişimi: Okullarda HIV-AIDS eğitimi
  - Bir çok ülkede olduğu gibi müfredat görüş birliği ile oluşturuluyor: UNICEF, kiliseler.
  - ABCD sloganı kullanıldı (Abstain, Be faithful, use a Condom... or you Die/ (seksten) Uzak dur, sadık ol, prezervatif kullan... yoksa ölürsün)
  - Kamu sağlık söylemi: riskten *kaçınma* (AIDS'in her yerde olduğu, korunmanın %100 güvenli tek yolunun (seksten) uzak durmak olduğu) ile riski *azaltma* (*en riskli durumlardan kaçınma*) arasındaki seçim vurgulandı
  - ABCD bir riskten kaçınma sloganı

# Riskten Kaçınma ya da Riski Azaltma: Kenya'da bir değerlendirme

- Ortak bir çalışma: Kenya Hükümeti, ICS (bir STK), ve E. Duflo, P. Dupas, M. Kremer, S. Sinei
- Müfredat gerçekte her yerde uygulamaya geçmiş durumda, ancak öğretmenler öğretmekten kaçınıyor (utanma korkusu, rahatsızlık duygusu vs.)
- Devlet öğretmenler için birkaç eğitmen kullanıyor, ancak program aşamalı olarak ilerliyor: değerlendirme yapmak mümkün
- ICS, 370 okul arasından rastgele seçilen 183 okulda 3 devlet eğitmeni tarafından verilecek resmi müfredat eğitimlerini organize etti.

# Riskten Kaçınma ya da Riski Azaltma: Kenya'da bir değerlendirme

- ICS, resmi müfredat eğitimi alan 35, almayan 36 okulda riski azaltma amaçlı başka bir programı uygulamaya koydu: “Şeker babacık” programı
  - Bir çok ergen genç kadın kendilerinden büyük yetişkinlerle (“Şeker Babacıklar”) ilişki yaşıyor.
  - Farklı jenerasyonlardan insanların yaşadıkları cinsel ilişki hastalıklarının yayılmasıyla bağdaştırılıyor. 15 ile 19 yaşları arasındaki genç kızların hastalık kapma oranı erkeklerden 5 kat fazla
  - Uygulama, daha yaşlı ve daha genç erkeklerle daha genç kadınların enfeksiyon kapma oranlarını gösteriyor
  - Şeker babacıkların karşı bir UNICEF videosu gösterildi: “Sarah ve Tuzak”

# Sonuçlar: Öğretmen Eğitimi

- Cinsel davranış değişiklikleriyle ilgili tarafsız ölçümler alabilmek ve 6 ile 8. sınıflar arasındaki kız öğrencilerin hamilelikleriyle ilgili bilgi edinebilmek için yapılan çalışma (2003). Seksten uzak durma durumu ile prezervatif kullanımını ortaya koyuyor. Başlı başına elde edilmek istenen bilgiler
- Öğretmen eğitimi:
  - Eğitim alan öğretmenler sınıfta HIV-AIDS hakkında konuşmaya daha yatkın
  - Kendi bilgileri üzerinde çok büyük bir etkisi yok
  - Kendi davranışları üzerinde de çok büyük bir etkisi yok (cinsel aktivite, prezervatif kullanımı)
  - 3 yıl ve 5 yıl sonraki hamilelik oranları üzerinde etkisi yok
  - Meksika ve Tanzanya'daki HIV-AIDS'ten korunma çalışmalarlarıyla benzer sonuçlar
  - Michael Kremer ile Edward Miguel: Parazit kampanyalarındaki (ayakkabı giyin, gölde yüzmeyin) etki yoksunluğuyla aynı sonuçlar

# Çocuk doğuran genç kızların oranı

Grafik

# Sonuçlar: Şeker Babacık

- Daha yaşlı partnerlerle cinsel aktivitelerde azalma yaşanırken, daha genç erkeklerle prezervatif kullanılan cinsel ilişkilerde artma görüldü
- Özellikle daha yaşlı partnerlerden hamilelik oranlarında ciddi düşüş
  - Sonuçlar
  - 1 yıl sonraki hamilelik oranlarında %30 düşüş (%5.4'ten %3.7'ye)
  - Daha yaşlı partnerlerden hamilelik oranlarında %67 düşüş (%2.4'ten %0.79'a).



# Çocuk doğuran genç kızların oranı

Grafik

# Sağlık Politikası Olarak Eğitim: Bir Örnek

- ICS , müfredat eğitimi alan ve almayan okullarda altıncı (2003) ve sekizinci (2005) sınıflarda okul formaları dağıttı
- Kız öğrencilerin okulu bırakma oranı %18'den %12'ye düştü
- 2005'ten önce çocuk doğuran ya da hamile kalan genç kızların oranı %14.4'ten %10.6'ya düştü
- 2007'den önce çocuk doğuran ya da hamile kalan genç kızların oranı %30.7'den %26.1'e düştü

# Çocuk doğuran genç kızların oranı

Grafik

# Yaşayarak Öğrenme ve Başkalarından Öğrenme

- Alışkanlıkların rolü: bir sağlık davranışını denemek, sonrasında da bireyin o davranışa devam etmesini sağlayabilir
- Normlar, kültür ve sosyal öğrenmenin rolü: başkalarının bir sağlık davranışını benimsediğini görmek daha fazla kişinin o davranışı benimsemesini sağlayabilir
- Pascaline Dupas: Kenya'da cibinliklerle ilgili bir deney
  - Batı Kenya'da ebeveyn listelerinden oluşturulan örneklemden 644 hane ile çalışıldı
  - Yerel dükkanlarda cibinliklerin fiyatlarında 0 ile 250 ksh, (yaklaşık 3.80 ABD Doları) arasında değişen indirimler sağlayan kuponlar dağıtıldı (cibinliklerin indirimsiz fiyatı % ABD Doları civarında)
  - 1 yıl sonra, tüm hanelere 100 Ksh değerinde indirim kuponları verildi

# Yaşayarak Öğrenme ve Başkalarından Öğrenme: Sonuçlar

- Takip eden yıl cibinlik bir önceki yıldan daha ucuzsa, satın alma eğilimi
- Takip eden yılda cibinlik bedavaysa kullanma eğilimi ilk yılları aynı
- İlk yıl cibinliği bedavaya aldıysa takip eden yılda satın almaya daha yatkın
- Tüm bunlar deneyim etkisi: etkiler klor için daha düşük
- Sosyal öğrenme: bedava cibinlik alan daha çok insan tanıyanlar takip eden yılda cibinlik satın almaya daha yatkınlar
- M. Kremer ve E. Miguel parazit çalışmalarında sağlıkta sosyal öğrenme (ancak tersini yapma) durumunu bulmuşlardı.

İlk yıl cibinliği alan hanelerin oranı

Grafik

İlk cibinliğı satın aldığı takdirde  
kullanan hanelerin oranı

Grafik

İkinci cebinliği ve kloru satın alan  
hanelerin oranı



İkinci cebinliği satın alan hanelerin  
oranı

Grafik

# Sonuç: Politika Çıkarımları

- Piyasa önleyici müdahalelerin talep edildiği ya da uygulandığı durumlara kendiliğinden gelmeyecektir
- Önleyici müdahalelerin uygulanmasını yalnızca toplulukların istemine bırakamayız
- Müdahalelerin kalitesi talebe bağlıdır
  - Hükümete güven olmadığı takdirde tehlikeli özel sektör ortaya çıkıyor (düzenlemek ya da hizmeti vermek için)
  - Kamu sektöründeki kaliteyi garanti altına almak için hizmet kalitesi politik olarak göz önünde bir mesele olmalı
- Davranış değişikliklerini özendirmek çalışmaların devlet tarafından yapılması ve devlet tarafından kaynak sağlanması zaruri

# Davranış Değişikliği Nasıl Kolaylaştırılabilir?

- Kısa dönemde, fiyatlar önem arz ediyor. Kullanılmalı.
  - Kaliteli önleyici müdahalelerin ve sağlık ürünlerinin devlet tarafından karşılanması: sürekli bahsedilen “sürdürülebilirlik” vurguları yanlış yapılıyor olabilir
  - Önleyici davranışlar için teşvikler (ya da dayatmalar) işe yarıyor
  - Farklı alanlarla farklı önlemlerin promosyonu yapılabilir. Ör. Kızamık kamplarında (WHO, UNICEF) ve doğum kliniklerinde (TamTam, PSI) cebinlik dağıtılması
- Bilgileri paylaşmanın etkin yollarını bulmak durumundayız
  - Güvenilirlik zaruri. Hükümetler sık sık ikincil hedeflere ulaşmaya çalışırken güvenilirliklerine zarar veriyorlar. Örneğin, Hindistan’daki sterilizasyon kampanyası hemşirelerin güvenilirliklerine ciddi zararlar verdi
  - Harekete geçilebilecek bilgiye odaklan (Şeker Babacık’a karşı Tam Cinsel Perhiz
  - Kitle iletişim araçlarını kullan (zengin ülkelerde uygulanıyor): Örneğin Brezilya ve Hindistan’da TV ve diziler doğurganlık oranlarındaki düşüşle bağdaştırılıyor

“Sürdürülebilir” yaklaşım, maliyeti en uygun seçim mi?

Grafik