

**DOSYA/DERLEME****MEKSİKA SAĞLIK SİSTEMİ***Meltem ÇİÇEKLIOĞLU\**

Meksika 1980'lerin başından beri derin uluslararası krizlerin merkezi haline gelmiş ve 1983'ten bu yana da hükümetler tarafından Yapısal Uyum Programlarının sistematik olarak uygulandığı bir ülkedir. Şili'den sonra neoliberalizmle ilgili en ağır deneyimlerin yaşandığı Latin Amerika ülkesidir. Bu nedenle Meksika olgusunun, yapısal uyum programları çerçevesinde sağlık reformunun tanımı ve kapsamı ile ilgili olarak analiz edilmesinin açıklayıcı bir anlamı vardır (Laurell, 2001).

Bu yazının temel amacı Meksika sağlık sistemini açıklayarak, özellikle 1980-2000 arasında yaşanan iki aşamalı reform sürecini tanımlamaktır. Ancak sağlık sisteminin temel özelliklerini ve reform sürecindeki dinamikleri daha iyi anlayabilmek için öncelikle Meksika'nın ekonomik ve politik açıdan tarihsel süreci kısaca açıklanacak ve ülke, yönetim yapısı, sosyodemografik özellikleri ve sağlıkla ilgili ölçütleri gibi genel özellikleri açısından tanıtılacaktır.

**GENEL ÖZELLİKLE****Ekonomik ve Politik Açıdan Tarihsel Süreç**

Meksika'da Aztekler, Mayalar, Olmekler, Toltekler gibi büyük medeniyetler yaşamıştır. Ülke, 1519-1521 yılları arasında Hernando Cortes idaresindeki İspanyollar tarafından fethedilmiş ve 1810-1821 yılları arasında yapılan bağımsızlık savaşına kadar 300 yıl İspanya tarafından yönetilmiştir. 1821'den 1877'ye kadar iki imparator, birçok diktatör ve başkanla ortalama dokuz ayda bir değişen geçici hükümetler kurulmuştur. 1871

yılında Porfirio Diaz yönetimi altında 40 yıl süren diktatörlük yönetimi başlamıştır. 1910 yılında alt sınıfların kızgınlığı orta sınıf entelektüellerin politik memnuniyetsizliği ile birleşince Meksika Devrimi olarak adlandırılan iç savaş başlamıştır. İç savaş 1920 yılında sona erdiğinde, farklı fikirlerdeki ihtilalcilerin uzlaştığı çerçevede kurulan yeni bir yapılanma ortaya çıkmıştır. Halen daha yürürlükte olan 1917 Anayasası günümüz politikasının ana çerçevesini oluşturmaktadır. Altı yıllığına seçilen güçlü devlet başkanlığı ve ihtilal partisinin kontrol ettiği zayıf yasama yetkisi, bu anayasaya dayalı olarak kurulan sistemdir. 1929 yılında reformistler tarafından kurulan Milliyetçi Devrimci Partisi, 1946'da adını Kurumsal Devrimci Parti (PRI) olarak değiştirmiş ve XX. yüzyıl boyunca Meksika'yı yönetmiştir.

PRI'nın XX. yüzyıl ortalarında kadar ekonomik büyümeyi gerçekleştirmiştir. Bu yıllarda ülke madenleri işlenmiş, petrol çıkarılmış, petrokimya endüstrisi geliştirilmiştir. 1980'lerde Meksika, dünyanın en çok endüstrileşmiş 15 ülkesi arasına girmiştir. Bu dönemde Meksika'luların çoğunluğunun orta sınıfta olduğu söylenebilir, ekonomik büyümenin faydaları tüm Meksika vatandaşları tarafından eşit olarak paylaşılamamıştır.

1980'ler boyunca petrol fiyatlarının ucuzlaması sonucunda petrolden elde ettiği gelirleri azalan Meksika'nın borç ödeme kapasitesi de giderek gerilemiştir. İşsizlik ve enflasyon yükselmiş, özel ve yabancı yatırımlar azalmış, halk kırsal alanlardan kentlere ve ABD'ye göçmeye başlamıştır ([www.birimweb.icisleri.gov.tr](http://www.birimweb.icisleri.gov.tr), 2007). Aynı dönemde kapalı ekonomi eleştirilmeye başlamış, çoğu yurt dışında eğitilmiş neoliberal teknokratlardan oluşan bir grup politik hakimiyeti ele geçirmiştir. Sürekli ekonomik

\*Doç. Dr., Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi HalkSağlığı AD

krizler, artan genç nüfus için formal sektörde iş olanaklarının yaratılmasını engellemiş, bu da informal sektörün genişlemesine neden olmuştur. Bu süreçte takip edilen ekonomik uyum programları ile devlet-toplum ilişkilerinde geline nokta, ekonomik kriz ve neoliberal teknokratların gücünün artışıyla sonuçlanmıştır. Bu grubun parti içinde güçlenmesi, geleneksel PRI üyeleri arasında sendikacıların azalmasına ve Keynesyen politikaların terk edilmesine neden olmuştur (Rossetti, 2003).

1988 yılında yapılan seçimde, PRI'nın adayı Salinas devlet başkanı olmuştur. Salinas'ın kabinesi çoğunluğunu teknokratların oluşturduğu daha homojen bir yapıya sahipti. Bu oluşum, kapalı bir yapı oluşturarak ağırlıklı olarak Maliye ve Planlama Bakanlığın'daki politika oluşturma süreçlerini tek sesli hale getirmiştir. Bu ekip ekonomik liberalizasyonu devam ettirmiş, devleti küçültmüş, kamu kurumlarında özelleştirmeleri gerçekleştirmiştir. Yapısal uyum programları uygulanmaya devam edilmiş, Meksika, dünya pazarına açılmış ve 1994 yılında Kuzey Amerika Serbest Ticaret Anlaşmasına (NAFTA) katılmıştır. 1996 yılında da Dünya Ticaret Örgütünün kurucu üyesi olmuştur (Rossetti, 2003).

1994'te yapılacak başkanlık seçimi için Salinas uygulanan ekonomi politikada sürekliliğin sağlanabilmesi için Colosio'yu desteklemiştir. Ancak Mart ayında Colosio'nun suikast sonucu öldürülmesi ve Zapatistaların NAFTA ve Salinas hükümetine karşı gerçekleştirdikleri silahlı eylemlerin uzun sürmesi teknokrat grubun izlediği politika süreçlerinde krize neden olmuştur. Colosio'nun öldürülmesinden sonra PRI'nın adayı Zedillo arkasında çok az politik destekle, ekonomik ve özellikle de sağlığı da kapsayan diğer sosyal alanlardaki reform süreçlerini devam ettirebilmek için başkan seçilmiştir. Zedillo yönetimi ilk aylarda dramatik bir mali krizle karşılaşmıştır. Bu kriz teknokrat grubun gücünü gelecek açısından zorlaştırmış, Zedillo hükümeti kamu harcamalarını dengelemek için vergileri artırmak zorunda kalmıştır (Rossetti, 2003).

1997'deki eyalet valileri seçiminde PRI, bazı eyaletlerde ve Mexico City'de valilik seçimini kaybetmiştir. 2 Temmuz 2000 tarihinde yapılan seçimle PRI, devlet başkanlığı seçimini de kaybetmiş, 71 yıldır süren tek parti yönetimi sona ermiştir. XXI. Yüzyılda Meksika'nın önündeki en önemli sorun; ülkenin farklı kalkınmışlık seviyelerine sahip olan değişik bölgeleri arasında dengeli bir gelişim sağlamak ve geçiş aşamasında olan politik kültürü doğru yönlendirmektir (www.birimweb.icisleri.gov.tr, 2007).

#### Yönetim Yapısı

Federal Hükümetin eyaletler ve federal ilçe üzerinde baskın bir rolü olsa da, Meksika resmi olarak Federal bir Cumhuriyettir. Yürütme erkinin kullanımı Devlet Başkanına aittir. Başkanın yetkileri arasında kabine üyelerinin atanması ve görevden alınması da bulunmaktadır. Devlet Başkanı, ülkedeki seçmenlerin basit çoğunluğu ile altı yıllığına seçilmektedir. Kongre, Federal Milletvekilleri

Meclisi (500 üye) ve senatodan (64 üye) oluşmaktadır. Kongre, yasa ve tüzükleri yapar ve vergi koyar.

Meksika'da 31 eyalet ve federal eyaletten (Mexico City) oluşmaktadır. Her eyalet kendi Anayasasına sahiptir ve eyaletlerin yürütme, yasama ve yargı organları vardır. Eyaletler, vergi toplama yetkisine sahiptir ancak gelir bakımından merkezi yönetime aşırı bağımlıdır. Eyaletlerde valiler her altı yılda bir genel oyla seçilmektedir. Federal eyalet, Mexico City'yi ve etrafındaki birkaç kasaba ve köyü kapsamaktadır. Federal eyalet valisi ilk kez 1997'de seçimle iş başına gelmiştir (www.birimweb.icisleri.gov.tr, 2007).

Meksika politik sisteminin ayırt edici özelliği hükümetin yürütme organının özellikle başkanın gücünün çok fazla olmasıdır. Yürütmenin bu gücü sadece anayasanın verdiği yetkiden kaynaklanmaz. Başkanın gizemli gücünün çoğu, devlet organları ve yönetimde yer alan PRI üzerindeki doğrudan ve karşı konulamayan kontrol gücünden kaynaklanmaktadır. Hükümet, 1997'de PRI'nin temsilciler meclisindeki çoğunluğunu kaybetmesinden bu yana yasama sırasında diğer partilerle de görüşmeye başlamıştır.

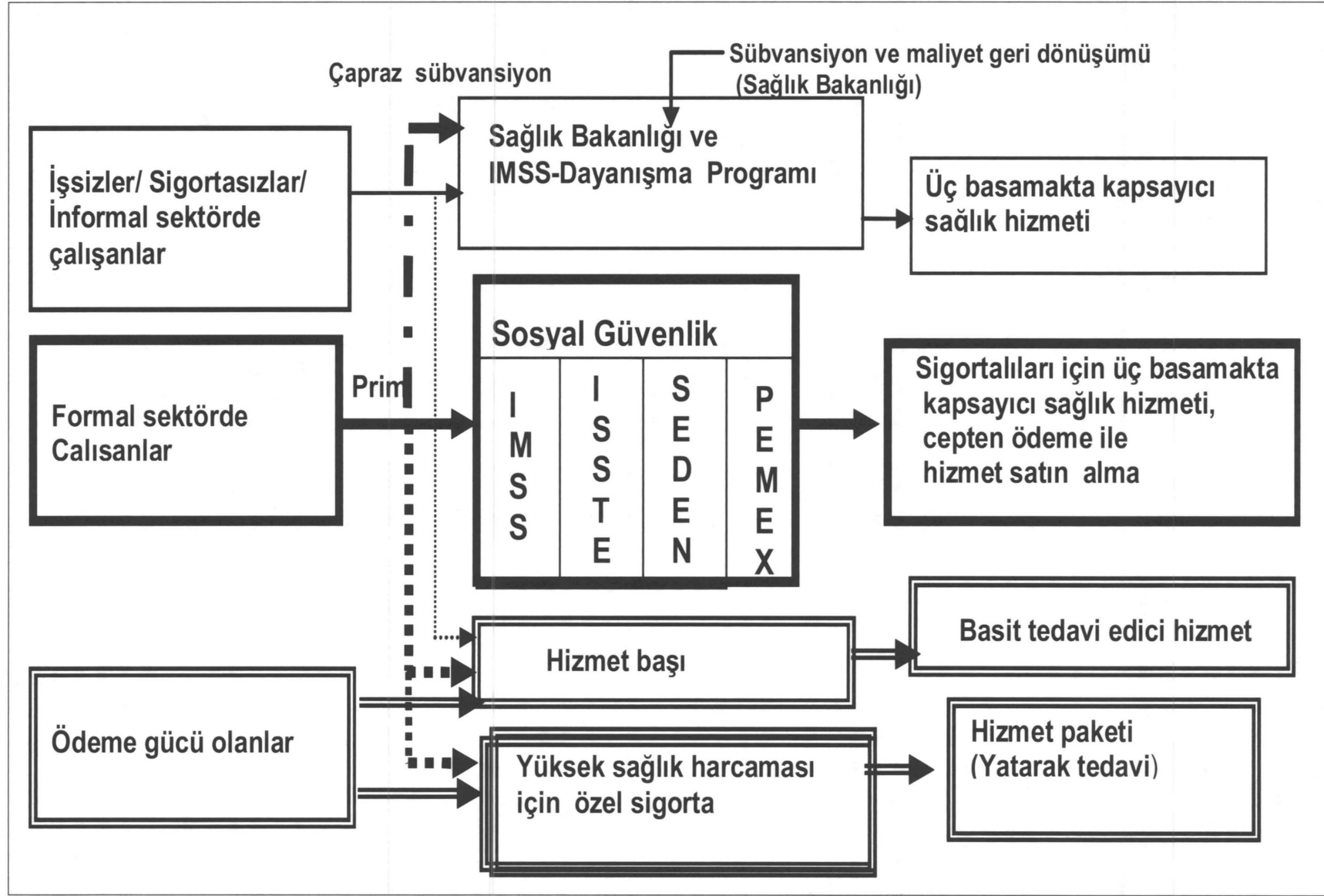
Meksika politik sistemiyle ilgili ikinci en önemli özellik, gücünü kaybetmesine rağmen hala daha etkisini sürdüren hükümetle farklı sosyal sektörler arasında gerçekleşen korporarist yapılanmadır. Bu yaklaşım hem politik karar alma süreçlerini hem de kamu hizmet ve mallarının dağılımını etkilemektedir. Formal ekonomide çalışan kesimin kurduğu sosyal bir kurum olan Meksika Sosyal Güvenlik Kurumu (IMSS) bu yapılanmada yer alan en güçlü kurumdur.

Sermaye sahipleri, işçi sendikası ve hükümet bürokrasi, ekonomik güçleri ve hareket kapasiteleri sayesinde politik gücün kaynağını oluşturan üç önemli aktördür. Sermaye sahiplerinin gücü finansal ve endüstri sektöründeki kontrol kapasitelerinden kaynaklanmaktadır. Sermaye grubunun seçkinleri aynı zamanda basına da hakimdir ve bu sermaye sahiplerinin politika üzerindeki etkinliklerini artırmaktadır. Sendika, 30'ların ortalarından bu yana yönetimdeki partinin politik desteğinin temelini oluşturmaktadır ve hükümet ile işçi arasındaki aracılığı gerçekleştirmektedir. Son olarak, devletin alt kademesindeki bürokratik kademelerdeki memurlarının sendikaları yoktur ancak, yönetim kademelerindeki rolleri nedeniyle politik güce sahiptirler (Rossetti, 2003).

#### Sosyodemografik Durum ve Sağlık Ölçütleri

1999'da Meksika insani gelişim indeksi açısından 51. sırada orta gelişmişlik düzeyinde yer almıştır. 2000 yılında yoksulluk sınırı altında yaşayan kişi sayısı 40 milyonu bulmuştur ve bu kişilerin 18 milyonu aşırı yoksulluk içindedir. Toplumun %53.4'ü ticaret ve üretim sektöründe çalışmaktadır. Toplumun %20'den biraz fazlası okuma yazma bilmemektedir. Ülkede ortalama öğrenim yılı 7.6 iken federal eyalette 9.7, Guerrero'da 6.3, Oaxaca'da 5.8,

Şekil 1. Meksika sağlık sistemi, 2001



Kaynak : PAHO, 2002

Chiapas'da 5.6'dır. Son üç eyalet aynı zamanda kızilderili yerleşiminin en yoğun olduğu bölgelerdir. Ülke genelinde nüfusun yaklaşık % 50'si sosyal güvenceye sahipken, Chiapas ve Guerrero'da bu oran sırasıyla % 17.6 ve % 20.3 tür (PAHO, 2002).

2000 yılında Meksika nüfusu, 97.4 milyon iken nüfus artış hızı 1.4 dir. Nüfusun %33.4 'ü 15 yaş altında, %4.9'u 65 yaş üzerindedir ve bağımlılık oranı %64'dür. Toplam Doğurganlık Hızı 1997'de 2.7'den 2000'de 2.4'e düşmüştür. 1995-2000 yılları arasında bir milyon Meksikalı ülkeyi terk etmiştir. Bunların % 96.1'i ABD'ye gitmiştir. Doğuşta beklenen yaşam süresi 1994'te 73.3 iken 2000 yılında 75.3'e yükselmiştir. Yaşam beklentisinin en düşük olan bölgeler Oxaca Guerrero ve Chiapas'dır. Sağlıklı yaşam beklentisi erkeklerde 61.1 kadınlarda 66.9'dur. Sağlık sorunlarının önemli bir bölümü bulaşıcı olmayan hastalıklar ve yaralanmalardır. Hastalıkların %5.8'i diabetes mellitus, %4.8'i intihar girişimi ve şiddet, %4.5'i iskemik kalp hastalıkları, %7.7'si perinatal hastalıklar, %3.0'ı solunum sistemi enfeksiyonları, %2.9'u siroz, %1.9'u malnütrisyonudur. Bebek ölüm hızlarının en yüksek olduğu Guerrero'da binde 30 iken Federal eyalette binde 20'dir. Beş yaş altı çocukların %18'inin yaşa göre boyu ideal ölçülerin altındadır. Gelişme geriliği kırsal alanda kente göre üç kat daha fazla iken, fakir olan güney kesiminde daha zengin olan kuzey bölgelerine göre dört kat daha fazladır. Ayrıca kızilderili grupta yaşam beklentisi 69 yıl, bebek ölüm hızı ise ülke ortalamasından %58 daha fazladır. 2000 yılında bildirilen 47.617 AIDS vakasına karşılık, 64.000 olgu olduğu tahmin edilmektedir (PAHO, 2002).

## SAĞLIK HİZMET SİSTEMİ

### Sistemin Genel Özellikleri

Genel olarak Meksika sağlık sistemi dikey entegre, yatay parçalı bir sistem olarak adlandırılmaktadır. Sağlık hizmet sistemi yararlanan kişilerin çalıştığı yer ve ödeyebilme kapasitelerine göre üç farklı parçaya ayrılmıştır ve parçalı yapısı buradan kaynaklanmaktadır. Bu üç grupta ise finansman hizmet sunumu aynı kurumlar tarafından verilmektedir ve bu kurumlar özel sektör dışında birinci basamaktan üçüncü basamağa kadar tüm hizmetleri kendi yapısı içinde sunmaktadır (Tamez, 2000b).

**Yararlanan kişilerin özelliklerine göre farklı kurumlardaki sağlık hizmetleri aşağıda sıralanmıştır:**

1. Formal ekonomik yapı içindeki kişilere sunulan sağlık hizmeti : Bu grubun çoğunu formal sektördeki işçiler ve kamu çalışanları oluşturmaktadır. Bu kişiler yasayla bir sosyal güvenlik sistemine bağlanmıştır. 2000 yılı itibariyle bu grupta yer alan kişi sayısı 50 milyondur. İşçilerin kayıtlı olduğu Meksika sosyal güvenlik kurumu (IMSS) bu grubun çoğunu kapsar, bunu kamu çalışanları (ISSSTE) ve petrol çalışanları (PEMEX)ve orduda çalışanlar (SEDENA) için kurulmuş olan sosyal güvenlik kurumları izler (Tamez, 2000b).

Toplumun yaklaşık %50-55'i sosyal güvenlik kapsamındadır. 1999'da Sağlık Bakanlığı sosyal güvencesi olanların %78.3'ünün IMSS'ye, %17.2'sinin ISSSTE'ye geri kalanın da diğer (PEMEX, SEDENA ) kurumlara bağlı olduğunu açıklamıştır (PAHO, 2002).

2-Sigortalı olmayanlara sunulan sağlık hizmeti : Sigortalı olmayan 48 milyon kişi Sağlık Bakanlığı ya da IMSS-Dayanışma fonundan sağlık hizmeti alırlar. Sağlık Bakanlığı'ndan alınan hizmet hükümet, federal bütçe ve kişilerin kendileri tarafından finanse edilir (PAHO, 2002).1979'da IMSS kırsal sağlık programı olarak IMSS-Dayanışma'yı oluşturmuştur. Bu kurumun finansmanı hükümetten sağlanmakta iken yönetsel olarak IMSS'ye bağlıdır. Genel olarak IMSS- dayanışmanın Sağlık Bakanlığı'nın sunduğu hizmetten daha kaliteli ve düşük maliyete hizmet sunduğu belirtilmektedir (Laurell, 2001).

3.Özel Sektör : Özel sigorta 2.8 milyon ( tüm toplumun %3'ünü oluşturur) kişinin sağlık harcamalarını karşılar. Ancak Meksika'da hizmet sunan çok sayıda özel sağlık kuruluşu vardır.

Farklı grupların hizmet aldıkları yerler birbirinden farklı görünse de sosyal sigortaya mensup olanlar Sağlık Bakanlığı'ndan ya da tüm gruplar cepten ödeme yaparak özel sektörden hizmet alabilmektedirler. Yukarıda tanımlanan bu yapı şekil 1'de gösterilmiştir (PAHO, 2002).

### Yönetim

Sağlık Bakanlığı ulusal sağlık planlamasına göre sağlık sisteminin yönetiminden sorumludur. Yasal çerçeve aralıklarla güncellenen iki yasa ile belirlenmiştir; Genel Sağlık Yasası ve Genel Sosyal Güvenlik Yasası. Meksika düzenleyici ve sektörel koordinasyonu sağlayıcı iki önemli kurum vardır; bunlar, başkana bağlı bir organ olan ve sektörler arası koordinasyonu sağlayan Genel Sağlık Konseyi ve yereldeki sağlık politikalarını belirleyen ve federal bir organ olan Ulusal Sağlık Konseyi'dir. Bu konsey 32 eyalet sekreterinden oluşan Sağlık Sekreterliğini (SESA) oluşturur. Desantralizasyon sonrası Sağlık sekreterliği, atama, işe alma ve sağlık hizmet sunumunu organizasyonu, finansmanı ve kontrolünden sorumlu hale gelmiştir (PAHO, 2002).

### Finansman ve Harcamalar

1997 ve 1999 arasında kişi başına sağlık harcaması %1.3 azalırken, kişi başı kamu harcaması %5.8 artmıştır. Toplam ve kişi başı özel harcama azalmasına rağmen, hala daha kamu harcamasının üzerindedir (tablo1). Kamu sağlık harcamasının dağılımında eşitsizlikler yaşanmaktadır; 19 bölgede ulusal ortalamanın üzerinde, 13'ünde ise altındadır. Guanajuato, Mexico, Michoacán, Puebla ve Veracruz en düşük düzeyde kamu harcamasının yapıldığı eyaletlerdir. 1998'de toplam sağlık harcaması son yılların en yüksek oranı olan Gayri Safi Milli Hasılanın (GSMH) %5.6'sına çıkmış, 1999'da % 5.5'ine düşmüştür. Bu harcamanın %2.6'sı kamuya, %2.9'u özele aittir. Kamu harcamasının büyük çoğunluğu IMSS tarafından

Tablo 1. Ulusal sağlık harcaması, 1997-2000 (milyon pezo)

	1997	1998	1999	2000	2002	2003	2004
Kamu Sağlık Harcaması	126 638	138 854	139 042	142 155	149 639	157 134	177 012
Özel Sağlık Harcaması	161 421	165 806	155 105	163 148	191 358	198 918	203 808
<b>Toplam Sağlık Harcaması</b>	<b>288 059</b>	<b>304 660</b>	<b>294 147</b>	<b>305 670</b>	<b>340 998</b>	<b>356 820</b>	<b>380 820</b>
Kişi Başı Kamu Sağlık Harcaması	1330	1439	1407	-	-	-	-
Kişi Başı Özel Sağlık Harcaması	1696	1719	1581	-	-	-	-
<b>Toplam Kişi Başı Sağlık Harcaması</b>	<b>3027</b>	<b>3159</b>	<b>2988</b>				

Kaynak: 1997-1999 sayıları (PAHO, 2002), 2000-2004 sayıları (Gakidou, 2006)

yapılmaktadır. Kamu harcamaları daha çok tedavi edici hizmetlere ayrılmaktadır, ikinci ve üçüncü basamak hastanelere yapılan harcamalar IMSS'de tüm harcamaların %75'i iken, ISSSTE'de %69'udur (PAHO, 2002).

Kaynağına göre ulusal sağlık harcamasında en büyük pay hane halklarına aittir ve 1993'te harcamaların %50'sinin kaynağını oluştururken 1998'de bu oran %58'e çıkmıştır. Bunu federal hükümet harcaması %19.4'ten %23.8'e çıkarak izlemiş, işverenin katkısı 1997'deki sosyal güvenlik reformu sonrası azalarak 1993'te %29.1'den 1998'de %18.4'e düşmüştür. Ayrıca sosyal güvenlik kurumlarının payı da emeklilik ve sağlık sigortası birbirinden ayrıldığı 1997'den bu yana düşmüştür (PAHO, 2002). 2004 yılında GSMH'dan sağlığa ayrılan pay %6.4'e ulaşırken, bu harcamanın %3.5'lik kısmı özel sağlık harcaması olarak hane halkı tarafından yapılmıştır. 2000-2004 yılları arasında federal hükümet ve eyaletlerin katkıları GSMH'nın %0.84'ünden %1.13'üne yükselmiştir. Bu yükselme bu dönemde gündeme gelen Halkın Sağlık Sigortası uygulamasının sonucudur (Gakidou, 2006).

### Hizmet Sunumu

#### Topluma yönelik sağlık hizmeti

SB halk sağlığı uygulamalarından sorumludur ve sosyal sigorta kurumları hastalıkların önlenmesi ve kontrolü etkinliklerine katılır. Şubat, Mayıs ve Ekim aylarında ulusal sağlık günleri yapılır. Bu sürede aşılama, parazitlerle mücadele ve vitamin A uygulaması gerçekleştirilir. Sağlığın geliştirilmesi uygulamaları Sağlık Bakanlığı tarafından sağlanır. Sağlık Bakanlığı ve Eğitim Bakanlığı 30000 okuldaki okul sağlığı ve adolesan sağlığı uygulamalarından sorumludur. Sigara bırakma, sedanter yaşamın azaltılması, sağlıklı davranış geliştirme ve kendine bakım uygulamaları için kitle iletişim etkinlikleri gerçekleştirilir. 2000 yılında bir yaş altı çocukların %93.6'sı tam aşılandır. Kızamık bulaşıklama oranı %96, BCG %99'dur. Toplumun %87.8'i içme suyu alt yapısına, %76.2'si kanalizasyon olanağına sahiptir. Toplumun %95'i sağlıklı suya ulaşabilmektedir (PAHO, 2002).

#### Kişiyne Yönelik Sağlık Hizmeti

Tüm kamu kurumları hizmet verdikleri coğrafi bölgede sağlık kayıtlarını tutmakla sorumludur. Sağlık hizmeti kamu kurumlarında basamaklı bir şekilde sunulurken hastanın hekim seçme hakkı yoktur. 1999 ile 2000 yılları

arasında aile hekimliği pilot uygulaması başlatılmıştır. Ancak bu uygulama tüm topluma yaygınlaştırılmamıştır. Yaklaşık %50 olan sosyal güvenceli grup bu uygulama kapsamındadır. Sağlığın geliştirilmesi, hastalıkların önlenmesi ve hastaların ayaktan bakımı birinci basamağın işidir. Bu hizmet genel pratisyen ya da aile hekimi, hemşire ve eğitilmiş toplum görevlileri tarafından sağlanır. IMSS ve ISSSTE'de birinci basamak kurumların adları Aile Hekimliği Merkezleri iken, Sağlık Bakanlığı için Kent ya da Kırsal Sağlık Merkezidir. Sağlık hizmetinin büyük kısmı IMSS tarafından sunulmaktadır. Onu Sağlık Bakanlığı, ISSSTE ve IMSS- Dayanışma, PEMEX ve SEDENA izlemektedir. Dış tedavisinde ise en büyük payı Sağlık Bakanlığı almaktadır. İkinci basamak sağlık hizmeti uzmanlar tarafından hastanelerde sunulur. Her kurum kendi ağını oluşturmuştur. Üçüncü basamak özel uzmanlık dallarını içerir. Sigortalı olanlar sigortasızlara oranla daha fazla hastane hizmeti alabilmektedir. Bu hizmetin de büyük kısmı IMSS tarafından verilmektedir (PAHO, 2002).

### Alt Yapı

#### Personel

1990 - 2000 arasında genel olarak sağlık personeli ve kamu kurumlarında istihdam edilenlerin sayısı artmıştır. Kişi başına hekim sayısı sürekli artarken kişi başına hemşire sayısı son beş yılda çok az değişmiştir. Hekimlerin büyük kısmı Sağlık Bakanlığı'na bağlı görev yaparken, hemşirelerin büyük kısmı IMSS'ye bağlı çalışmaktadır. Yaklaşık 63.000 hekim özel sektörde çalışmaktadır. Sağlık çalışanlarının dağılımında bölgeler arası dengesizlik vardır. Chiapas'ta 1000 kişi başına düşen hekim sayısı 0.9 iken, Baja California Sur'da 2.5 dur. 1999'da yapılan bir çalışmada hekimlerin %27'sinin, hemşirelerin de %43'ünün işsiz olduğu ya da başka işlerde çalıştığı saptanmıştır. 1999 yılı itibarıyla ülkedeki 78 tıp fakültesi vardır ve bunların %77'si kamuya aittir (PAHO, 2002).

### İlaç

İç ve dış pazar için ilaç üretimi 150 şirket tarafından yapılmaktadır. Meksika ilaç üretiminde dünya genelinde 15. sıradadır ve 1998'de 5 milyar dolarlık satış yapmıştır. İlaçların %80'i özel sektör için üretilmekte, üretimin %72'si yabancı şirketler, % 28'i yerli firmalar için yapılmaktadır. Ayrıca üretilen ilaçların ancak %15'i jenerik ilaçlardır. İlaç sosyal güvenlik kurumları aracılığıyla ücretsiz sağlanabilmekte, Sağlık Bakanlığı ise ücretsiz ya da daha ucuz ilaç sağlayabilmektedir. Pek çok çalışmada ilaç sıkıntısı yaşandığı ortaya konmaktadır (PAHO, 2002).

## REFORM SÜRECİ VE SONUÇLARI

## Reform Süreci

1980 sonrası dönemde refahın nasıl sağlanacağı konusundaki yeni yaklaşım, pek çok ülkede olduğu gibi Meksika'da da neoliberal politikalarda tam karşılığını bulan sosyal ihtiyaçların karşılanmasındaki sorumluluğun bireylere yüklenmesi anlayışıdır. Reform ülkelerindeki temel saldırı sosyal hizmetlerin ticarileştirilmesi ve bu alana yapılan özel sektör yatırımının arttırılmasıdır. Bu süreçte devletin sosyal sorumluluklarının azaltılmakta, bunun yerine fakirler için isteğe bağlı minimal sosyal yardım programları oluşturulmaktadır (Laurell, 2001). Yapısal uyum programlarının uygulanmaya başladığı 1983'ten 2000 yılına kadar olan süreçte Meksika biri 1986-87'de diğeri 1994-95'te olmak üzere iki büyük ekonomik kriz yaşamıştır. Bu dönemdeki Sağlık Reformu sürecini dönemselsel olarak iki ayrı süreçte ele almak uygun olacaktır. Birinci dönem yapısal uyum programlarının politik ve ekonomik alanda uygulanmaya başladığı ve 'istikrar' ya da 'yapısal uyum' olarak tanımlanan 1983-1988 arasındadır. Bu dönemden sonra özellikle sağlık ve sosyal güvenlik alanında uygulamaya yönelik yasalar çıkarılmıştır. 1995 sonrası dönemde Sağlık Sektör Reform Programı (PRSS) 1995-2001 uygulanmaya başlamıştır (Laurell, 2001; Tamez, 2000b).

## Yapısal Uyum Dönemi

Yapısal uyum dönemi sosyal harcamalar açısından iki önemli müdahaleyi içermektedir. Bunlardan ilki hızlı devalüasyon sonucu oluşan yüksek enflasyonun çalışan kesimin gelirlerinde hızlı bir düşüşe neden olması, ikincisi ise borç ödemeleri nedeniyle var olan kamu harcaması açığına rağmen GSMH'nin ancak %10'unu bulan ve zaten az olan sosyal harcamalarda kısıtlamaya gidilmesidir. Bu dönemde ekonomik uyum programları başlatılmış, ücretlerin azaltılması ve işsizlik kamu sosyal kurumlarında bozulmaya neden olmuştur. Bu erozyon özünde kamu kurumlarını verimsiz, bürokratik ve insani yaklaşımdan uzak olarak tanıtmak için gerçekleştirilen ideolojik bir saldırıdır. Sosyal kurumların saygınlığındaki azalma süreci daha sonra gerçekleştirilecek olan sosyal reformların gerekçesini oluşturmuştur.

Yapısal uyum sürecinde serbest piyasa ekonomisi uygulanması ile başlayan sürecin son noktasında NAFTA'nın imzalanması yerel endüstriyi oluşturan pek çok fabrikanın kapanmasına ve köylülerin iflas etmesine neden olarak iş bulma olanaklarını kısıtlamıştır. Bu durum her yıl 1 milyon genç nüfusun iş sektörüne katıldığı Meksika için oldukça kritik bir durumdur. İşsizlik, ücretlerdeki azalma yoksulluğun artmasına neden olmuştur. Gelir dağılımındaki eşitsizliğin göstergesi olan Gini Katsayısı 1984'te 0.456 iken, 1994'te 0.51'e çıkmıştır. 1994'te fakir hane halklarının oranı %69.0'tan 1996'da %78.0'a çıkmıştır. Bu süreçte sosyal reformların bir parçası olan ve en yoksullara sağlanan sosyal yardım amaçlı uygulanan yoksullukla mücadele programı olan PRONASAL (Ulusal Dayanışma Programı) 1989'da oluşturulmuştur (Laurell,

2001). Bu program yoksullar için beslenme, sağlık ve eğitim gibi temel kamu hizmetlerini sağlamak amacıyla oluşturulmuştur. Meksika için sosyal yardım programları Pronasal'la ilk defa ortaya çıkmış değildir. Ancak bundan önceki sosyal yardım programları olan IMSS-Complomar (kırsal alanda yaşayan ve marjinal gruplar için oluşturulan program) ve SAM'ın (Ulusal beslenme programı) temel özellikleri kamu kurumlarına entegre olmaları ve sosyal güvenlik kurumları sorumluluğunda yürütülmesidir. Bu programlar 1970 ve 1980'ler arasında devam etmiş, yapısal uyum programları çerçevesinde 1983 yılında işlevleri sonlandırılmıştır. Pronasal ise bu programların tersine direkt olarak federal hükümete bağlıdır, bütçesi ve yönetiminin sosyal güvenlik kurumlarıyla bağlantısı yoktur. Pronasal yapısal uyum programlarının uygulandığı süreçte halkın gittikçe kötüleşen ekonomik durum karşısındaki tepkilerini azaltabilmek amacıyla hükümet çoğunlukla seçim yatırımı olarak kullanılmıştır. Ayrıca bütçesi de yoksulların temel kamu ihtiyaçlarını karşılayacak düzeye ulaşamamıştır. 1989'da GSMH'nin % 0.32'si olan harcamaları 1992'de ancak % 0.69'una ulaşmıştır. 1992'de Pronasal'ın yoksullar için yaptığı harcama, çalışanların ücretlerindeki azalma nedeniyle aynı yılda gerçekleşen toplam ücret kaybının ancak %5.7'sidir (Laurell, 1994).

1983 ten itibaren uygulanan istikrar dönemi politikaları sağlık harcamalarını önemli oranda etkilemiştir. Kişi başı harcama 1982-1987 arasında sosyal güvenlik kurumlarında %50 azalmış, Sağlık Bakanlığı'nda ise azalma %60'larda gerçekleşmiştir. Sağlık Bakanlığı bütçesindeki azalma politik bir karar sonucunda gerçekleşmesine rağmen, sosyal sigorta kurumlarındaki harcamalardaki azalmanın iki temel nedeni vardır. Bunlardan ilki ücretlerdeki azalma, ikincisi ise devletin sosyal güvenlik sistemine katkısının azaltılmasıdır. Ücretlerdeki azalma çok önemli bir faktördür çünkü primler ücretlerden sabit oranda yapılan kesintilerden oluşmaktadır. 1983 ile 1994 arasında IMSS bütçesinde ücret azalması nedeniyle yaşana kayıp 106 milyar pesodur. Bu rakam IMSS'nin 1994 yılı bütçesinin 5 katıdır. Ülkede yaşanan işsizlik, sosyal sigortalı bireylerin artış hızını da etkilemiştir. Sosyal sigortalı kişi sayısı 1980'lere kadar yılda %10 artarken 1980'lerde bu artış ancak yılda %5 olarak gerçekleşebilmiştir. 1990'da en büyük kapsayıcılığı olan %56'ya ulaşmıştır. 1995'te bu oran %47'ye gerilemiştir (Laurell, 2001).

IMSS'nin kaynaklarındaki bu azalma malzeme ve donanımlarındaki sürdürülebilirliği azaltmış, ilaçlarda kısıtlamaya neden olmuş, bütün bunlar sağlık hizmetinde kalite azalmasına ve çalışma koşullarında bozulmaya neden olmuştur. Ayrıca her düzeydeki sağlık çalışanlarının gelirlerinde çok hızlı bir azalma yaşanmış, IMSS hekimleri on yıldan daha kısa bir sürede gelirlerinde %80'lik bir azalma yaşamışlardır. Sonuç olarak nüfus artışı ve genel olarak yoksullaşma hizmet talebinde artışa neden olmuş, buna rağmen sağlık hizmeti alt yapısı ve sağlık yapısında bununla orantılı bir gelişim sağlanamamıştır (Laurell, 2001).

GSMH'dan özel sektöre yapılan harcamaların oranında artış yaşanırken özel sektörün verdiği hizmet sunumunda artış olmamıştır. Hatta 1985 ile 1992 arasında verilen hizmet miktarı azalmıştır. Bunun nedeni artan yoksulluk nedeniyle özel sektöre erişimin azalmasıdır. Serbest piyasa koşulları çerçevesinde talep azalınca fiatların azalacağı öngörülmesine rağmen bu süreç gerçekleşmemiş, hizmet sunucular kayıplarını fiyatları artırarak karşılamışlardır. Bu süreçte özel sektörde hizmetlerin fiyatları 1985 ile 1992 arasında kamu sektörünün iki katına çıkmıştır (Laurell, 2001). NAFTA'nın imzalanmasından sonra, uluslararası şirketlerin özel sigorta sistemine girmesine izin verecek düzenlemeler yapılmıştır. Ayrıca bu dönemde ilaç ve teknoloji kullanımı artmış, endüstriyel tıbbi kompleksler yaygınlaşmıştır (Tamez, 2000a).

### Sağlık Sektör Reform Programı (PRSS)

1994-1995 döneminde yaşanan ekonomik kriz sonrası işsizlik ve yoksullaşma daha da artmıştır. Resmi verilere göre 1998 yılında çalışanların üçte ikisi asgari ücretin iki katından daha az ücret almakta ve sadece % 5'i asgari ücretin 5 katı ya da üzerinde kazanmaktadır. Bu durum kadın ve çocukların da aile gelirini artırmak için iş gücüne katılmasına neden olmuştur. 1995 ve 1998 arasında ekonomik aktif kadınların oranında %12'lik artış olmuştur. 1992- 1996 arasında 12 yaş üstü ekonomik aktif kişi sayısında %9.3'lük artış gerçekleşmiştir. Kriz döneminde Amerika Birleşik Devletleri tarafından yönlendirilen Uluslararası Para Fonu ve Dünya Bankası Meksika'ya uzun vadeli kredi olanakları sunmuşlardır. Aktarılan bu paranın çoğu sosyal yapıların dönüştürülmesi amacıyla kullanılmıştır (Laurell, 2001). Salinas'tan sonra devlet başkanı olan Zedillo 1995 'ten itibaren sağlıkta ve sosyal güvenlikte reform sürecine hız vermiştir. Bu dönemde öncelikle Sosyal Güvenlik Yasası değiştirilmiş, ayrıca Sağlık Sektör Reform Programı (PRSS) 1995-2001 uygulanmaya başlanmıştır (Tamez, 2000a).

1997'de sağlık sisteminde deregulasyon başlatılmış, Sosyal Güvenlik Yasası yürürlüğe girmiştir (PAHO, 2002). Sosyal güvenlik sisteminde yapılan değişikliklerle emeklilik sigortası değiştirilmiştir. Yeni sistemde emekli maaşı bağlanabilmesi için gerekli olan prim ödeme süresi 3 katına çıkmış, emeklilik fonu diğer sigorta fonlarından ayrılmış ve özel sektör tarafından yönetilmeye başlanmıştır. 1999 yılı itibarıyla emeklilik sigortası fonlarının %49'unu yerli şirketlerle ortak olan uluslararası şirketler yönetmektedir (Laurell, 1999).

Reform öncesi dönemde IMSS diğer sigorta dallarınının (işgörmezlik, analık ve sağlık gibi) sürekliliğini emeklilik fonundan aktardığı kaynakla sağlayabilmekte ve kendi kendine yetebilmekteydi 1997'den sonra sorunlar yaşanmaya başlamıştır. Özellikle de sağlık sigorta fonu bu süreçten en çok etkilenmiştir. Bu değişiklik sağlık reformunun hizmet kalitesini artırılması ve eşitlik sağlanması hedeflerinin önünde önemli bir engel oluşturmuştur (Rosetti, 2000). Yeni yasa bu temel değişim dışında sosyal güvenlik sisteminde üç önemli değişikliği gündeme getirmiştir:

1-Yeni prim ödeme sistemi: Bu sistemin esası gelire göre sabit oranlı kesinti yapılması uygulaması yerine "eşit hizmete eşit ödeme" yaklaşımının benimsenmesidir. Bu uygulamanın temeli tüm ücretlilerin aynı miktarda prim ödemesine dayanmaktadır. Bir örnekle açıklamak gerekirse, eski uygulamada asgari ücretin beş katı kazanan bir işçinin gelirinin %12.5'i prim olarak kesilmektedir, yeni uygulamada ise aynı işçinin prim kesintisi % 8.46'ya düşmüştür (Laurell, 2001). Prim ödemelerindeki ikinci önemli değişiklik, finansal yeniden yapılanma sürecinde IMSS'nin dengesini koruyabilmesi için devletin sigorta kurumuna katkısında artış yapılmasıdır (Rossetti, 2000). Devletin katılım payının artmasıyla işçi ve işverenden alınan katılım payları %33 azalmıştır (Tamez, 2000b). Devletin katkısı tüm asgari ücretliler için %13,9'a çıkarken, toplam gelirler üzerinden %5'ten %30'a çıkmıştır. Bu yaklaşım 1980'lerdeki devlet desteğinin azaltılması politikalarının tam tersinedir ve bu uygulamanın iki temel sonucu ortaya çıkmıştır. Bunlardan ilki, özel sektörün desteklenmesidir. Yeni şemaya göre asgari ücretin 5 katı ücret alan işçi için işverenin ödediği prim oranı eskiden % 8.75 iken %5.22'ye düşmektedir. Asgari ücretin 25 katı kazanan bir işçi için bu oranlar sırasıyla %8.75 ve %2.48 tir. Bu örnekten de anlaşılacağı gibi hükümetin katkısı daha çok yüksek ücretle işçi çalıştıran büyük özel şirketleri desteklemek için kullanılmış olacaktır. Diğer sonuç ise bu uygulamanın IMSS'nin sağlık fonlarında büyük bir artış sağlayamamasıdır. Yeni sistemde fonda toplanan para daha önce toplanan paranın ancak %105'i olarak gerçekleşmiştir. Oysa IMSS fonundaki açık %11 dir ve bu artış gerekli düzelmeyi sağlayamamıştır (Laurell, 2001).

2-İsteğe Bağlı Aile Sağlığı Sigortası : İnfomal sektörde çalışanlar ve ödeme gücü olanlar için oluşturulan bir sigorta fonudur. Bu sigorta fonu kişilerin kendisi ve federal hükümetin katkısıyla oluşturulmaktadır. Sağlanan hizmetin IMSS'nin diğer sigortalılara verdiği hizmete benzer olduğu söylene de yine aynı kaynaklar, bu sigortada bazı cerrahi müdahallerde sınırlama olduğunu ve maliyetli tedavilerin kapsam dışında kaldığını belirtmektedirler (PAHO, 2002). Ayrıca çoğu bağımsız çalışan olan kişiler bu sisteme girebilmek için yıllık asgari ücret gelirinin %22.4'ünü ödemek zorunda kalmışlardır (Laurell, 2001). Bu nedele kooperatifi olan balıkçılar, günlük tarım işçileri ve normal sigorta sistemi içinde yer almayı düşünen gruplar Aile Sağlığı Sigortasından hoşlanmamışlardır (PAHO, 2002).

3-Zorunlu sağlık sigorta sistemi içinde fon yönetimi ve hizmet sunumunun ayrılarak bu sektöre özel kuruluşların da dahil edilmesi : Sağlık sistemindeki en temel değişiklik 1997 yılındaki yasal değişiklikten çok, 43 milyon insanı içeren sigorta sistemindeki fon toplama ve hizmet sunumundaki yeniden yapılandırma ile ilgilidir. Bu süreçteki başlangıç noktası IMSS tarafından yürütülen düzenleme, finansman ve hizmet sunumunun ayrıştırılmasıdır. Bu yeni modelde merkez yönetim primleri toplamakta, sağlık sigorta ödemeleri otonom bir fon olan Sosyal Güvenlik Sağlık Fonuna aktarılmaktadır. Fonun iki

temel işlevi vardır; bütçeyi toplam ve kişi başı harcamayı arttırmak için gerekli olan en yüksek tavan düzeyinde tutmak ve toplanan parayı kamu ya da özel Yönetilen Bakım Kurumlarına (Managed Care Organization) aktararak kişilerin sağlık hizmeti kullanmalarını sağlamak. Bu yaklaşımla hizmeti yürütebilmek için, zorunlu primle kapsanabilecek hizmetler tanımlanmış ve 'Kapsayıcı Sağlık Paketi' adı verilmiştir. Bu paket bazı hizmetleri kapsam dışında bırakmaktadır ve bu hizmetleri alabilmek için IMSS ya da özel sigorta kurumlarıyla yeni isteğe bağlı sigorta yaptırmak gerekmektedir. Yönetilen bakım kurumları Amerikadaki HMO'ların kopyasıdır. Bunlar kendilerini idare eden kuruluşlardır ve sigortalılara hizmet vermek için rekabet halindedirler. 139 IMSS tıbbi bölgesinde birinci ve ikinci basamak sağlık hizmeti sunarlar. Yüksek uzmanlık gerektiren durumlarda IMSS'ye bağlı üst uzmanlık hastanelerinden hizmet satın alırlar. Özel yönetilen bakım kurumları ise, yeni özel sigortacılık kanunu ve Dünya Bankası kredileri ile teşvik edilmektedir. Sigortalı kişiler istedikleri yönetilen bakım kurumunda hizmeti alabilmektedir. Bu da sigorta kurumlarından özel sektöre finansman akışına neden olmaktadır (Laurell, 2001).

1997- 1999 arasında Sağlık Bakanlığı örgütlenmesi açısından da değişiklikler olmuş, her eyalette desantralize kamu ajansları kurulmuştur. Bu yönetsel yapılar için, kamu kurumlarından farklı yasal düzenlemeler yapılmış, kendi mallarına sahip olma hakkı verilmiştir. Bu kurumların sorumlulukları sağlık hizmetini idare, yönetim, denetleme, kaynak dağılımı, araştırma ve bölgesel sağlık durumunun değerlendirilmesi olarak belirlenmiştir. 1999'da personel, araç gereç ve finansmanın federal devletten eyaletlere devredilmesi tamamlanmıştır. Personel maaşlarının ödenmesi de yerele devredilmiştir (PAHO, 2002). Sağlık Bakanlığı, sosyal güvencesi olmayanlar için 'Temel Sağlık Paketi'nde yer alan 14 halk sağlığı hizmetini (aile planlaması, temel sanitasyon, Papanicolaou testi, doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası bakım, çocuk beslenme ve gelişim izlenmesi, bağışıklama, parazit tedavisi, ishalin ayaktan tedavisi, tüberkülozdan koruma ve tedavisi, diabet ve hipertansiyondan korunma ve ayaktan tedavi, kazalardan korunma ve acil hizmet, sağlığın korunması için toplum eğitimi) ve 19 temel ilacı ücretsiz sağlamaktadır (Laurel, 2003).

### Reformun Sağlık Göstergeleri Açısından Sonuçları

Bu dönemde sağlık göstergelerindeki temel değişiklikler şöyle sıralanabilir: Bir yaş altı çocukların tam aşı oranlarının 1995'te %49 iken 1999'da %89'a ulaşmasıdır. Hastane doğumları 1995'te %76 iken 1999'da %86'ya çıkmıştır. Oran bazı eyaletlerde %100 iken Guerrero'da %46'dır. Son on yılda anne ölümlerinde azalma olsa da, belli bir oranda devamlılığını sürdürmektedir (1990 da 10 000 canlı doğumda 5.4 iken 1999'da 5.1 olmuştur). Yüksek mortalite ülkenin orta kesimlerinde ve güneyinde daha fazladır. Diğer ölçütlere benzer şekilde bebek ölüm hızı düşmesine karşın, eyaletler arası farklar hala giderilememiştir. Prenatal bakım ölçütlerinde gelişme olmamıştır. 1999'da ilk trimestride bakım alan kadın oranı %33.6 iken ortalama izlem sayısı 4.1'dir. 1991 de %23.1 olan sezeryan doğum oranları 2000 de %32'ye yükselmiştir. Özel sektörde bu oran %55'dir. 2000 yılında Ulusal Sağlık Hizmeti Memnuniyeti çalışmasına göre kişilerin %76'sı Meksika sağlık sisteminde önemli değişiklikler yapılması gerektiğini düşünürken, %19'u ufak değişikliklerin yeterli olabileceğini belirtmiştir. Bu değerler 1994'e göre (sırasıyla %83 ile %13) olumluya doğru ilerlemekle beraber, hala daha sorunların olduğunu göstermektedir (PAHO, 2002).

### Reformun Genel Sağlık Yapısı Açısından Sonuçları

Sağlık sistemi halen parçalı yapısını korumaktadır, reformların amaçlarından biri olan sigortalı olmayan bireylere entegre sağlık hizmeti sunulması ve sağlık hizmet sunan kurumların sağladıkları sağlık hizmetleri arasındaki farklılıklar giderilmesi sağlanamamıştır. Sağlık hizmeti sunan kamu kurumları bu güne kadar belli bir işletme gideriyle yönetilebiliyorken, diğer kamu kurumlarından ve özel sağlık kuruluşlarından hizmet satın alma modeline geçilmesi, doğal olarak işletme maliyetlerini artırmıştır (PAHO, 2002).

2000 yılına gelindiğinde toplumdaki epidemiyolojik değişikliklere ve toplumun gereksinimlerine yanıt verecek sağlık sistemi oluşturulabilmesi için gerçekleştirilen yeni finansman modeli bu ihtiyaçlara yanıt oluşturamamıştır. Finansman yapısındaki sorunlarla ilgili tesbitler aşağıda sıralanmıştır.

Tablo 2. Sosyal koruma sisteminde katkı payları

Sigorta Tipi	Katkılar		
	Yararlanan	Ek Katkı Sorumlusu	Federal Hükümet
IMSS (özel sektörde çalışanlar)	Çalışan	Özel İşveren	Sosyal Katkı
ISSTE (kamuda çalışanlar)	Çalışan	Kamu	Sosyal Katkı*
Seguro Popular (düzenli geliri olmayan çalışanlar, kendi işinde çalışanlar, iş gücü dışındaki aileler)	Aile	Sosyal Katkı: Yerel ve federal devlet arasında paylaşılır	Sosyal Katkı

\*Bu grup için henüz sosyal katkı sağlanamamıştır yasal düzenlemeler beklenmektedir. (Frenk, 2006)



1-Sağlığa ayrılan para artmamıştır; en çok harcamanın yapıldığı 1994 yılında kişi başı sağlık harcaması 264 \$, GSMH'dan sağlığa ayrılan %6,6'dır. 1995 yılında ekonomik kriz nedeniyle harcamalar azalmış, 1999'a kadar yıllık ufak artışlarla seyretmiştir (PAHO, 2002). 2000 yılına gelindiğinde GSMH'dan sağlığa ayrılan pay 5,6 olarak gerçekleşmiştir. Oysa aynı dönemde Latin Amerika'da bu oran %7 civarındadır (Frenk, 2006).

2-Harcamalarda cepten ödemelerin payı yüksektir; Knaul ve arkadaşları Meksika'da cepten harcamaların benzer düzeyde ekonomik düzeye sahip olan ülkelerden hatta daha gelişmiş ülkelere göre fazla olduğunu belirtmiştir (Knaul, 2005). Ekonomik kriz öncesi sağlık hizmet sistemi kaynaklarının %40'ı cepten ödemelerden kaynaklanırken, 1995'te bu oran %65'e çıkmıştır (Rossetti, 2000).

3-Kamu kaynaklarının sigortalılar ve sigortasızlar arasında ayrıca eyaletler arasında eşitsiz dağılımı; 2002'de toplumun %50'sini oluşturan sigortasızlar sağlığa ayrılan kamu kaynaklarının %35'ini kullanmaktadır. Kişi başına yapılan kamu harcamalarında sigortalıların payı sigortasızlara göre 2,3 kat daha fazladır. Devletin yaptığı sağlık harcamaları açısından en yüksek harcamanın yapıldığı eyaletle en düşük harcamanın yapıldığı eyaletler arası fark 5 kattır. Kişi başına harcamada eyaletler arası fark, 115 kata kadar çıkmaktadır. Son olarak sigortasızlara yapılan sağlık donanımı ve alt yapı yatırımları toplam devlet harcamalarının %2'sinden fazla değildir

4-Eyaletlerin sağlık hizmetine finansal katkılarındaki eşitsizlikler vardır.

5-Sağlık alt yapısına yapılan yatırımların yetersizdir (Frenk, 2006).

#### SON YILLARDA YAŞANANLAR....

Bu makalede yaşanan süreçleri ortaya çıkan sonuçları ile birlikte değerlendirilebilmek amacıyla ağırlıklı olarak 1980-2000 yılları arasına yoğunlaşmıştır. Ancak bu süreçlerin devamı olarak gerçekleşen ve farklı bir reform süreci olarak sunulmaya çalışılan 2001 sonrası değişime de kısaca değinmekte fayda vardır.

2000 yılında gerçekleşen seçimlerde PRI seçimi kaybederken, yine sağ bir parti devlet başkanlığı kazanmıştır. Ancak başta Mexico City olmak üzere pek çok eyaletin yönetimi sol partiye (Partido de la Revolucion Democratica) geçmiştir. Ülkedeki iki güçlü pozisyonda meydana gelen bu farklılık kamu politikalarının uygulanmasında da farklılıklar yaratmıştır. Ulusal hükümet neoliberal politikaları genişleterek uygulamaya devam ederken, Mexico City ve benzer eyaletlerde kapsayıcı ve yeniden dağıtıcı sosyal politikalara ağırlık verilmiştir (Laurel, 2003).

Ulusal hükümet son altı yıldır Meksika'da yeni bir reform sürecini gerçekleştirmektedir. Bu reformun temel amacı, 60 yıldır sosyal güvence şeması içinde yer

alamayan 50 milyon kişiyi hedeflemektedir. Sağlıkta Sosyal Koruma Sistemi olarak tanımlanan bu programın finansman yapısını Halkın Sağlık Sigortası (Securo Popular) oluşturmaktadır. Bu fonun temel kaynağı federal vergilerden sağlanmakta ve tamamlayıcı olarak eyaletlerden kesinti yapılmaktadır (Tablo 2). Aileler küçük primler yatırmaktadırlar bu katkı aile gelirine göre olmakta ve ailenin geliri düşükse devletin katkısı artmaktadır. En fakir %20'lik grup hiç katkı payı yapmamaktadır (Frenk, 2006). Bu fonun sağladığı sağlık hizmet paketi 78 tıbbi hizmeti, aşı dahil 191 ilacı, Sağlık Bakanlığı'na ait kurumlarda birinci ve ikinci basamak sağlık hizmetini kapsamaktadır (PAHO, 2002). Yasa Nisan 2003'de çıkarılmış, uygulama Ocak 2004'te başlamıştır. 2010 yılında tüm nüfusu kapsamaya planlanmaktadır (Frenk, 2006).

Bu son yaklaşımlar da sağlığı hak olarak algılamaması ve ödemeye bağlı bir hizmet haline getirmesi açısından eleştirilmektedir. Ayrıca en yoksul %20 dışındaki kişilerin bu sisteme dahil olmaları için aile gelirlerinin %6'sını ödemeleri gerekmektedir. Bu, özellikle yoksul halk için önemli bir miktardır ve isteğe bağlı sigortalılık kapsamında bu tür uygulamalar daha önce denenmiş ve başarılı olamamıştır. Ayrıca sisteme eyaletlerin katkısı her yoksul aile başına aynı orandadır. Bu, eyaletler arasındaki eşitsizliği daha da derinleştirecektir, çünkü en yoksul eyaletlerden biri olan Chipas'ta ailelerin %80'i fakir iken bu oran Nuevo Leon'da bu oran %30'dur (Social Medicine, 2007).

Aynı dönemde Mexico City hükümeti sosyal politikaları benimsemiştir ve bu politikaların dört önemli özelliği şöyle sıralanmaktadır;

- 1.Sosyal haklara dayalı olması
- 2.Uygulamaların onbinlerce aileyi ve ideal olarak da toplumun tümünü kapsamaması
- 3.Progresif gelir yeniden dağılımını sağlaması
4. Sosyoekonomik yapıya göre belirlenmiş 1352 coğrafik bölgede bireysel değil, kollektif hizmetlere odaklanılması.

Bu temel yaklaşımlar çerçevesinde ilk uygulama olan Besin Desteği Programı ve Ücretsiz Sağlık Hizmeti ve İlaç Sağlanması Programları 2001 yılında Eyalet Sağlık Bakanlığı tarafından başlatılmıştır. Ekim 2002'de 328 000, 70 yaş üzeri kişiye (kentteki 70 yaş üzeri kişilerin %98'i) kişi başı aylık 70 dolar besin yardımı ve ücretsiz sağlık hizmeti kamu kurumlarında sağlanmaktadır. 875 000 ailenin hedeflendiği bir gruba da ücretsiz sağlık hizmeti sunumuna başlanmış 2002 Ekiminde bu ailelerin 350 000'i hizmetten yararlanır duruma gelmiştir. Yeni modelde halk sağlığı uygulamalarını güçlendirmek amacıyla coğrafik temele göre örgütlenmiş yeni bir birinci basamak örgütlenme modeline ihtiyaç duyulduğu tesbiti üzerinden bölge temelindeki sağlık örgütlenme sistemi eyalet içinde oluşturulmaya başlamıştır (Laurell, 2003).

Bütün bu uygulamaların mimarı, Eyalet Sağlık Bakanlığı Başkanı olan halk sağlığı uzmanı ve akademisyeni olan Asa Cristina Laurell'dir.

Sonuç olarak Meksika siyasi ve politik geçmişi ile olduğu kadar sağlık örgütlenmesinin temel yapıları ve sağlık reformu süreci açısından da Türkiye 'ye çok yakın benzerlikler göstermektedir. Özellikle sigorta sistemine yapılan benzer müdahaleler Türkiye'den daha hızlı bir gelişim göstermiş ve uygulamaların sonuçları netleşmiştir. Gerek bu benzerlikler, gerekse özellikle Mexico City'de gerçekleştirilen umut verici gelişmeler açısından bu ülkenin daha ayrıntılı olarak değerlendirilmesine ihtiyaç vardır.

#### KAYNAKLAR

**Frenk, J., Gonzalez-Pier, E., Gomez -Dantes, O., Lezana, M.A., Knaul F. M.** (2006). Comprehensive Reform to Improve Health System Performance in Mexico. *Lancet*, 368: 1524-34

**Gakidou, E., Lozano, R., Gonzalez-Pier, E., Abbott-Klafter, J., Borofsky J.T.et all,** (2006). Assessing the Effect of the 2001-2006 Mexican Health Reform: an Interim Report Card, *Lancet*, 368: 1920-1935

**Rossetti, A. G.** (2000). Enhancing the Political Feasibility of Health Reform: The Mexico Case, Harvard School of Public Health, Ulaşım tarihi: Aralık 2006 <http://www.hsph.harvard.edu/ihs/publications/pdf/lac/Mexicofinal-pp3.PDF>

**Knaul, F. M. and Frenk, .** (2005). Health Insurance in Mexico: Achieving Universal Coverage Through Structural Reform. *Health Aff.(Millwood.)*, 24(6): 1467-1476.

**Laurel, A.C.** (1994). Do Poverty Programs Alleviate Poverty? The Case of the Mexican National Solidarity Program, *International Journal of Health Services*, 24(3): 381-401

**Laurel, A.C.** ( 1999). The Mexican Social Security Counterreform: Pension for Profit, *International Journal of Health Services*, 29(2): 371-391

**Laurell, A.C.** (2001), Health Reform in Mexico: The promotion of Inequality, *International Journal of Health Services*, 31(2): 291- 321

**Laurell, A.C.** (2003), What Does Latin American Social Medicine Do When It Governs? The Case of the Mexico City Government. *American Journal of Public Health*, 98(12): 2028-2031

**PAHO.** (2002). Profile of the Health Services System Mexico . Program on Organization and Management of Health Systems and Services Development, Ulaşım Tarihi: Aralık 2006, [www.lachealthsys.org/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_download&gid=174](http://www.lachealthsys.org/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=174) -

**Social Medicine.** (2007). Interview with Dr. Asa Christina Laurell. *Social Medicine Health for All*, 2(1), 46-55, Ulaşım Tarihi: Mayıs 2007, [http:// www.socialmedicine.info](http://www.socialmedicine.info)

**Tamez, S. Molina N.** ( 2000 a). Reorganizing the Health Care System in Mexico, in Sonia Fleury, Susana Belmartino, and Enis Baris (Ed) *Reshaping Health Care in Latin America: A Comparative Analysis of Health Care Reform in Argentina, Brazil, and Mexico* IDRC Books free online, Ulaşım Tarihi: Aralık 2006, [http://www.idrc.ca/en/ev-9421-201-1-DO\\_TOPIC.html](http://www.idrc.ca/en/ev-9421-201-1-DO_TOPIC.html)

**Tamez, S. Molina, N.** (2000b). The Context and Process of Health Care Reform in Mexico, in Sonia Fleury, Susana Belmartino, and Enis Baris (Ed) *Reshaping Health Care in Latin America: A Comparative Analysis of Health Care Reform in Argentina, Brazil, and Mexico* IDRC Books free online, Ulaşım Tarihi: Aralık 2006, [http://www.idrc.ca/en/ev-9421-201-1-DO\\_TOPIC.html](http://www.idrc.ca/en/ev-9421-201-1-DO_TOPIC.html)

**www.birimweb.icisleri.gov.tr** (2007) Meksika Yönetim Sistemi, Ulaşım Tarihi: 9 Mayıs 2007 [www.birimweb.icisleri.gov.tr/strateji/arastirma/21yy/Meksika.pdf](http://www.birimweb.icisleri.gov.tr/strateji/arastirma/21yy/Meksika.pdf)