

DOSYA/DERLEME**BOLİVYA SAĞLIK SİSTEMİ**

Şafak TANER GÜRSOY*

"1868'de devrin diktatörü Mariano Melgarejo, İngiltere elçisini törene davet eder. Elçinin bu davetini saygısızca ret etmesine çok sinirlenen general, elçiyi bir eşeğe bindirerek La Paz'ın en ünlü meydanının çevresinde üç kez dolaştırır. Korkuyla İngiltere'ye kaçan elçi yaşadıklarını Kraliçe Victoria'ya anlatır. Kraliçe Bolivya'nın nerede olduğunu görmek için bir harita ister. Aşağılanmanın kızgınlığıyla haritaya bir kaş çizgi çizer ve 'Bolivya'ya çıkış yok' der (Time, 1952)" .

Uzun yıllardan beri 'çıkış arayan' Bolivya, 'çıkışı' buldu mu?

2005 yılı tahmini nüfusu 9 219 149 (USA.gov, 2006) olan Bolivya, Latin Amerika ülkeleri içinde en zengin doğalgaz yataklarına sahip ikinci ülkedir. Diğer yandan da kıtadaki en yoksul ikinci ülkedir (Güneş, 2005). Bolivya ekonomisinin temeli madencilige dayanır. Başlıca doğal kaynakları; doğal gaz, kalay, gümüş, çinko, altın, kereste, hidrolik güç, tungsten ve antimondur (Wikipedia, 2006). On dokuzuncu yüzyılın son çeyreğinde gümüş madenleri işletilmiş, 20. yüzyılın başlarında da kalay işletmeciliği gümüşün yerini almıştır. Kalay üretiminde dünyanın ikinci büyük üreticisidir (Türkçebilgi, 2006). 100 milyar doların üzerindeki petrol ve doğalgaz rezervleri, ülkenin dış borcununun 16 katına, yıllık kamu yatırımlarınının 130 katına eşittir (Güneş, 2005).

Sosyo-Politik Geçmiş

Bolivya'nın bulunduğu coğrafya 20 bin yıllık bir kültürü barındırmaktadır. Tivnakan Uygarlığı Titikaka Gölünün kuzeyinde MÖ II. Yüzyılda başlamıştır (USA, 2006). 1450'de İnka İmparatorluğunun topraklarına katılmışlar,

1525 yılında da İspanyollar'ın istilasına uğramışlardır. 1825'te 16 yıl süren savaşın ardından bağımsızlıklarını kazanmışlardır. Ancak istikrar sağlanamamış ve 60 yıl kadar cuntalarla yönetilmişlerdir. Zengin kalay ve gümüş yataklarına sahip olan ülke 20. yüzyılın başlarından itibaren kapitalist ideolojinin egemenliği altına girmiştir. Günümüze kadar da 190 darbe yaşamışlardır (Özgüven, 2003) .

Bağımsız bir Cumhuriyet olan Bolivya'da halkın beş yıl için seçtiği devlet başkanı bakanlar kurulu ile yürütme yetkisini elinde tutar. Yasama yetkisi ise Temsilciler Meclisi ve Senatodan kurulu 157 üyeli Ulusal Kongre'nin elindedir (Türkçebilgi, 2006).

1980 sonrası ise neoliberal politikaların hedefi olmuşlardır. 1985 yılında Lozada ve kabinesi "sermayeleştirme" adı verilen bir süreçle, makroekonomik istikrar programını ve yapısal reformları uygulamaya başlamıştır. Amaçları sürdürülebilir büyümeyi sağlamak ve yoksulluğun azaltılmasıydı (?). Bu amaçla, başta hidrokarbon ve telekomünikasyon sektörü olmak üzere pek çok kamu sektörü özelleştirildi (Bureau, 2002). Özelleştirmeye paralel olarak pazar ekonomisinin önündeki engelleri kaldırıcı yasalar çıkartıldı. Yapılan anlaşmalar sayesinde petrol tekelleri doğalgazı dünya piyasasının çok altında bir bedele mal ediyorlar ve yeniden Bolivyalılara satıyorlardı. Plana göre, Bolivya, zenginliğini yalnızca hammadde olarak satabilecekti. Petrol gazı bir boru hattıyla Şili'nin Patillo limanına taşınıp burada sıvılaştırılacak, gemilerle ABD'ye taşındıktan sonra tekrar gaz hale getirilerek orada piyasaya sunulacaktı. Tekellerin açıklamalarına göre bu iş "yatırılan 1 doların kendilerine 10 dolar olarak döneceği" bir karlılığa sahipti. Ayrıca yapılan hesaplamalara göre iş sırasında Bolivya devletinin eline geçecek her dolara karşı, ortaklık 24 dolar kazanacaktı (Ozan, 2006).

*Dr., Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

1995 yılında yürürlüğe giren Yönetimin Yerelleştirilmesi Yasası ile ülke dokuz eyalete bölünmüştür. Bu dokuz eyalet, 111 bölge ve 315 belediyeden oluşmaktadır (PAHO, 2001). Kentler ve kasabalar direk olarak seçtikleri başkanlar ve meclislerle yönetilmektedir. Yönetimin Yerelleştirilmesi Yasasıyla eyaletlerin otonomileri arttırılmıştır (USA, 2006). Ülkenin petrol kaynaklarının uluslararası tekellerin eline geçmesi dışında, 1997'de su dağıtımının özelleştirilmesi sonucunda, bir Fransız su dağıtım tekeli piyasayı ele geçirmiş halk, suyu %35 daha pahalı almak zorunda bırakılmıştır (Güneş, 2005).

Bütün bunlar 2000 yılının Eylülünden beri Bolivya halkının başkaldırılarıyla sonuçlandı. Ekim 2003'te Lozada istifa etmek, yerine geçen Mesa da 2005 yılı sonunda erken seçime gitmek zorunda kaldı. Dört milyona yakın kayıtlı seçmenin bulunduğu Bolivya'da, devlet başkanı, kongre seçimleri yapıldı. İlk kez 9 bölgenin valisi de halk tarafından seçildi (BBC, 2006a).

Doğalgaz yataklarını işleten yabancı şirketlerin payını azaltacağını, koka bitkisinin ekimini yasallaştıracağını söyleyen sosyalist lider Evo Morales oyların %54'ünü alarak Aralık 2005'te cumhurbaşkanı seçildi (ntvmsnbc, 2005). 'Sosyalizme Doğru Hareket' lideri Morales 2006 başında göreve başladı. Ülkedeki petrol ve doğalgaz kaynaklarında enerji üretimi ve dağıtımının tüm aşamalarından devletin sorumlu olacağını açıkladı. Doğalgaz sektöründe faaliyet gösteren 26 yabancı firmanın önerdikleri yüklü vergi artışını kabul etmeleri için altı ay süre tanıdı. Bu politika, ülkedeki çok uluslu şirketlerin hükümetle ilişkilerinin her geçen gün daha kötüye gitmesine, Bolivya'nın komşularıyla sorunlar yaşamasına neden oldu. Morales, yaşanan bu sorunlara karşın ülkedeki petrol ve doğal gaz kaynaklarını kamulaştırma politikalarına devam edeceklerini açıkladı. 2006 kasımında yasalara teklif çerçevesinde ikiyüzbin kilometre karelik bir toprağın mülkiyeti yeniden düzenlenmeye başlandı (BBC, 2006b). 6 Aralıkta Morales, ülkede doğal gaz sektörünün kamulaştırılmasını öngören yasayı onayladı. Morales'in yasayı imzalamasıyla 1 Mayıs'ta başlayan kamulaştırma süreci de sona ermiş oldu. Böylece, ülkede doğalgaz sektöründe faaliyet gösteren yabancı firmalar üzerinde devlet kontrolü sağlandı ve bu firmaların karının büyük bölümünün devlete aktarılmasının önü açıldı. Ancak eyaletler özerk olmalarına rağmen, Santa Cruz ve Tarija başta olmak üzere bazı eyaletler daha geniş otonomi talep etmeğe başladılar (USA, 2006).

Otonomi talebinin ardındakileri görmek için Santa Cruz oligarşisinin otonomi konundaki ana sözcüsü Díaz'ın, Morales'in seçilmesinden ve kamulaştırma politikalarına başlayacağını belirttiği tarihten sonra La Paz'da yayınlanan La Epoca gazetesine verdiği demece bakmak yeterlidir. Demeçte, "Anayasal Meclis'e sunmak için daha fazla yasal tartışmalara girmeyeceğimiz bir noktaya geliyoruz. Eğer Anayasal meclis, yasaya ve Santa Cruz seçmenlerinin yüzde 72'sinin isteklerine saygı göstermezse ülke bölünecektir" diyordu. "Santa Kruz Özerklik Öncesi Konseyinin Anayasa Reformu İçin Öneriler" başlıklı belgede Santa Cruz

oligarşisi, diğer önerilerin yanı sıra özerk bölgelerde, özerk bölge meclislerinin "borç anlaşmalarına izin verebileceğini, ürün satışı ve petrol kazançları temelinde anlaşmalar imzalayabileceğini" öne sürdü ve bunun da ötesine giderek, bölge ve belediye makamlarının ülkenin toprak ve doğal kaynaklarının kullanımını için göç planlarını "teşvik" edebileceğini yazdı. Bu görüşler, ABD Başkan yardımcısı Dick Cheney'in danışmanı Mark Falcoff'un açıklamaları ile aynı paraleldedir (LAHY, 2006).

Sosyo-Ekonomik Yapı

Halkın %64.8'inin kırsalda yaşadığı Bolivya'da 36 etnik grup birarada yaşamaktadır (PAHO, 2001). Bu etnik grupların en büyükleri Quechua ve Aymara'lardır. Nüfusun %70-%40'ını Latin Amerika, kalanını ise Avrupa ve Avrupa-Latin Amerika kökenlilerin oluşturduğu tahmin edilmektedir.

Kişi başına düşen ulusal gelir 974 \$'dır (UNDP, 2006a). Nüfusun %42.2'sinin geliri 2 \$'ın, %23.2'sinin geliri 1 \$'ın altındadır (UNDP, 2006b). Halkın %65'i yoksuldu (Sida, 2005).

Halkın %45'i yüksek platolarda, %30'u vadilerde, %25'i ovalarda yaşamaktadır. Sosyal kurumlara, mal ve hizmete erişimde, morbidite ve mortalite özellikleri bölgeler arası farklılıklar vardır (Henne, 2005). Yoksulların çoğu kırsalda yaşayan Latin Amerika yerlileridir (PAHO, 2000). Bu bölgelerde yoksulluk oranı %91'lere kadar çıkmaktadır. Yoksul hane reislerinin %70'ten fazlası ilkokulu bitirmemiştir. Dokuz yaşından küçük çocukların yaklaşık olarak %70'i çok yoksul hanelerde yaşamakta ve okula gidememektedirler (PAHO, 1998).

Ülkede bebek ölüm hızı binde 52, beş yaş altı ölüm hızı binde 69'dur (WHO/UNICEF, 2003). Yoksul olmayanlarda binde 32 olan 5 yaş altı ölüm hızı, yoksullarda binde 105'e yükselmekte, sağlık personeli yardımıyla yapılan doğum oranları da %19- %97 arasında değişmektedir (Henne, 2005).

Bununla beraber sağlık ölçütleri arasındaki bu farklılıkların Bolivya'nın sosyal, kültürel ve dil farklılıklarından kaynaklandığını, sağlık çalışanları ve halk arasındaki iletişim bozukluğuna ve birbirlerini anlamamaya bağlı olduğunu savunanlar vardır (Henne, 2005). Buna ek olarak, coğrafik koşullar, sağlık personelinin sayıca azlığı ve yetersiz eğitimi, altyapı ve donatım eksikliği, yönetimin etkili olmaması, lojistik desteğin zayıflığı, sağlık ölçütlerinin bölgeler arası farklılıklar göstermesinin ve sağlık ölçütlerinin kötü olmasının nedeni olarak gösterilmektedir (PAHO, 2001). Son yıllarda sağlık ölçütlerinde iyileşme olmakla beraber, iyileşme yavaş ve eşitsizlikler sürmektedir.

Sağlık Sistemi

Tarih boyunca Bolivya, farklı sağlık sistemi modellerinin denendiği bir yer olmuştur. Ancak bu modellerin hiç biri entegre değildir, çok parçalı ve hizmet

çakışmasının sık olduğu bir sistemi vardır (PAHO, 2001). Enformasyon sistemi zayıf olduğu için eldeki veriler çok kısıtlıdır. Öncelik belirleme, karar verme ve kaynakların dağılımında zorluklar yaşanmaktadır.

Tüm Latin Amerika ülkelerinde olduğu gibi Boliviya'da da 1970'lerin ortasında sağlık sistemine müdahalenin kaçınılmaz hale geldiği görüşü egemendi. 1980'lere gelindiğinde ekonomik krizler müdahaleyi acil hale getirdi. Bu ortamda Uluslararası Para Fonu ve Dünya Bankası borçları finanse ederek ve yeni borçlar vererek kamu harcamalarını kısıtlayıcı projelerini uygulama fırsatını yarattılar. 1980'lerin sonlarına gelindiğinde sağlık harcamalarının yarısı artık özel sektöre aitti ve kamu sağlık bütçesinin %60-%70'i personel giderlerine harcanmaktaydı. Sağlıkın hak olmadığı düşüncesine dayanan bu reformlar, sağlık sistemini dayanışma ve hizmete erişim temelli olmaktan çıkardı. Reformların amaçlarından biri de kamu sağlık çalışanlarının sayısını azaltarak, geçici personelin ise sayısını artırarak esnek işgücü piyasası yaratmaktı. Sendikalar pazarlık gücünü yitirdi. Hükümetse halkı koruma sorumluluğunu terk etti (Bossert, 2000).

Sağlık Sistemi Bileşenleri

Boliviya sağlık sisteminin 3 bileşeni vardır: Sağlık ve Sosyal Refah Bakanlığı (SB), Sosyal Güvenlik Fonu (SGF) ve özel sektör. Ancak aralarındaki eşgüdüm çok zayıftır.

Bu sistemde kamu sektörünün başı, sağlık hizmetini denetleme, düzenleme ve hizmet sunma yetkisi olan Sağlık ve Sosyal Refah Bakanlığı'dır. Sağlık personelinin yönetimi ise bölgesel düzeyin yetkisindedir. Sağlık kurumlarının yönetiminden yerelde belediyeler sorumludur (PAHO, 2001).

Entegre Temel Sağlık Hizmeti Projesi (ETSHP)

Boliviya'da 1990-1997 yılları arasında 39 milyon dolarlık bütçesi olan ve yarısını Dünya Bankası (DB)'nin sağladığı Entegre Temel Sağlık Hizmeti Projesi (ETSHP) yaşama geçirilmiştir. 39 milyon dolarlık bu projenin yaklaşık yarısını Dünya Bankası (DB) karşılamıştır (Kelly, 2005). Bu projenin amacı, dört büyük belediyenin sınırları içinde yaşayan yaklaşık 2.1 milyon kişiye sunulan temel sağlık hizmetinin geliştirilmesiydi (Homedes, 2001). Özellikle ana ve çocuk sağlığına ilişkin olarak temel sağlık hizmeti kapsayıcılığını, kamu sağlık kurumlarında etkinliğini ve merkezi karar verme gücünü artırmak, yatırımların eşgüdümünü sağlamaktı (Homedes, 2001). 1994 yılında yönetimin yerelleşmesi yasasıyla sağlık hizmeti alt yapısı ve finans sorumluluğu belediyelere geçti. Yeni oluşan 311 Belediye'de ilk seçimler 1995'te yapıldı. Bu yasayla beraber yerlilerden, köylülerden ve diğer örgüt üyelerinin katılımıyla Yerel Temelli Örgütler (YTÖ) kuruldu. YTÖ'lerin kurulma amacı gözetim komiteleri aracılığıyla toplum katılımını sağlamaktır (Bossert, 2000). Bakanlık, ulusal düzeyde yönlendirici konumundadır. Bu yasayla, düzenleme, değerlendirme, denetleme, mali denetim bakanlığa biçilen görevler olmuştur. Eyalet düzeyinde, eyalet yapılanması içinde yer alan sağlık büroları ulusal

politikalarını yerine getirmekten sorumludur. Sağlık bölgelerinde hizmet sunumu ve işletiminden ise belediyelerdeki yerel oluşumlar sorumludur. Tüm sağlık hizmetleri, yapılar ve malzemeler belediyelere devredilmiştir. Halk, sağlık hizmeti sunumu, ilaçlar, sağlık kurumlarının bakımı için yerel yönetimlere vergi vermektedir. 2000 yılında da hastaneler özerk hale getirilmiştir. Yeni uygulamada bakanlığın bölge teşkilatına bağlı olan sağlık çalışanlarının ücreti ulusal hazineden karşılanmakta, kontrolleri ise YTÖ'ler tarafından yapılmaktadır.

Bu yönetim şeklinin, yerel yönetimi güçlendirecek, sorunları tanımlayacak ve analiz edecek ve proje geliştirecek pek çok aktörün bulunduğu oldukça karmaşık bir model olduğu iddia edilmektedir (PAHO, 2001).

1996 yılında, gebelere, yenidoğanlara ve 5 yaş altı çocuklara bazı sağlık hizmetlerinin ücretsiz verilmesini sağlayan *Ulusal ana-çocuk sigortası* çıkarılmıştır (PAHO, 2001).

Stratejik Sağlık Planı 1998

1997 yılında hükümet, Latin Amerika Kalkınma Bankası ve Dünya Bankası ile ortak 1998-2000 dönemi için yapısal reformları içeren yeni bir sosyal politika programı hazırladı: Genel Ekonomik ve Sosyal Kalkınma Planı. Bu program, insan kaynaklarının ve sosyal hizmetlerin geliştirilmesi ve yoksulluğun azaltılması ile kamu reformlarını içeriyordu. Kamu reformları kapsamında, mali desantralizasyon, özelleştirme, vergi düzenlemeleri, yargı reformu, gümrük reformları, hizmet ve kamu kurumu reformları vardı. Bunların içinde yoksulluğun azaltılmasına öncelik veriliyordu. Bu önceliklendirme, sosyal ve kırsal gelişme programına ayrılan payın 1998-2000 arasında GSMH'nin %3.4'ten %3.7'e çıkmasını sağladı. Diğer reform alanları eğitim ve sağlıktı. Sosyal ve kırsal gelişme programının etkisini ve kapsayıcılığını artırmak için özel sektörü kırsala yatırım yapmaları konusunda özendirilecek politikalar benimsendi (IMF, 2006).

Sağlık alanında ise bakanlığın sorumlu olduğu stratejik sağlık planı uygulamaya koyuldu. Belediyeler düzeyindeki yerel katılım ile bu planın eyalet ve belediye kalkınma planları ile eşgüdümü amaçlandı (PAHO, 2001).

Planın bileşenleri; erişim, temel sağlık sigortası, hizmet bilişim ağını güçlendirmek, aile ve toplum sağlığı, epidemiyolojik korunma yöntemlerini uygulamaya koymak, temel sağlık programlarının güçlendirilmesi, halk sağlığı eğitiminin geliştirilmesiydi (PAHO, 2001). Böylece, özellikle koruyucu hizmetleri geliştirmek ve temel sağlık hizmetine erişimi artırmak amacıyla, bütçede sağlığa ayrılan payın artırılması, ana-çocuk sağlığı hizmetlerinin kapsayıcılığını artırmak, bağışıklama programlarıyla çocuklardaki endemik hastalıkların azaltılması, yerli ve diğer yoksul halkın sağlık hizmeti almalarının önündeki engelleri ortadan kaldırmak için bütçe gelirini artırmak ve Ağır Borçlu Yoksul Ülkeler İnsiyatifi'nin saptadığı diğer sağlık hedeflerine ulaşmak için çaba göstermek hedefleniyordu (IMF, 2006).

Temel Sağlık Sigortası

Aralık 1998'de, kültürel olarak uygun, kaliteli sağlık kazanımlarına erişimi amaçlayan Temel Sağlık Sigortası (TSS) uygulamaya geçti. Bu yasada temel sağlık sigortası devletin garanti ettiği, ücretsiz bir hizmetti (PAHO, 2001). Ancak yalnızca endemik bölgelerde yaşayanlar kapsama alındı.

İkinci Sağlık Reformu Projesi

1999-2006 yılları arasında gerçekleştirilmesi amaçlanan projeye, sağlık hizmetlerinin kalitesi ve kapsayıcılığını artırmak ve sağlık gereksinimlerini karşılayacak yerel kaynakları güçlendirmek hedeflenmiştir. Projenin desteklediği programlardan biri, kırsala sağlık hizmeti götürülen Extensa tıbbi topluluklarıdır. Doktor, hemşire gibi sağlık çalışanlarından oluşan bu gruplar, sağlık hizmeti, koruyucu hizmetleri, ana-çocuk sağlığı hizmetleri sunmak üzere periyodik olarak her ay ya da iki ayda bir bu bölgeleri ziyaret etmektedir. 2006 yılında dokuz eyalette, çoğu yerli olmak üzere 400 bin kişiye ulaşılmıştır (WB, 2006).

Sonuçlar

Ulusal ana-çocuk sigortası'nın değerlendirilmesi 1998 yılında, Temel Sağlık Sigortası'nın değerlendirilmesi ise 2000 yılında yapıldı. Bu değerlendirmeler, çoğu kırsalda olmak üzere en yoksullara erişilemediğini, belediyelerin ödeme yapmakta geciktiklerini, belediye fonları arasında büyük farklar olduğunu, hizmet sunumunun var olmadığını gösterdi (PAHO, 2001).

Sağlık hizmeti finansmanından sorumlu olan belediyelerin sağlığa para ayıramadıkları saptanınca, sigorta fonunun %3'ü ana-çocuk hizmetleri teminat paketini finanse etmek için ayrıldı. Çok sınırlı olan bu paket ücretsiz sunuldu. Bu finansman değişikliğiyle başlangıçta belediyelere verilen kaynak tahsisi yetkisi sınırlandırıldı (Bossert, 2000).

Güvencesi olmayanların oranının, sigorta ya da bakanlık güvencesine sahip olanlar arasındaki kazanım farklılıkları bilinmemektedir. Sosyal güvenlik kapsamındaki kazanımları ise standardize edilmiştir (PAHO, 2001). 1999-2000 yılları arasında bağışıklama sürveyansı, temel sağlık harcamalarının payının artırılması, sağlık çalışanı yardımıyla yapılan doğumların bir yıl içinde %63'ten, %69'a çıkarılması, 5 yaş altı çocuklarda akut solunum yolu hastalıkları tedavi oranlarının bir yıl içinde %60'tan, %70'e çıkarılması, bağışıklama oranlarının bir yıl içinde %83'ten, %85'e çıkarılması için DB ve LAKB'den teknik yardım alınarak projeler yürütülmüştür. Ek olarak, maliyetleri düşürücü, temel sağlık sigortasınca desteklenen ücret temelli sağlık hizmeti, paket içinde yer almayan hastalık ödemelerinin düşürülmesine yönelik çalışmalar başlatılmıştır (IMF, 2006).

Finansman

GSMH'nin %6.7'si sağlığa harcanmaktadır (WHO, 2006). Rutin bağışıklama programının %40'ını devlet finanse etmektedir (GAVI, 2003).

Kamu harcamalarının %5'i, Sosyal Güvenlik Fonu harcamalarının %18'i ilaç harcamalarıdır. Tüm ilaç harcamalarının %77.5'i ise cepten olmaktadır. Ailelerin sağlık harcamalarının %65'i ilaç harcamasıdır. 245 ilahtan oluşan ulusal ilaç kodeksi vardır. Nüfusun yaklaşık %30'u kodeksteği ilaçlara erişebilmektedir (PAHO, 2001).

Yoksulların sağlık bakımlarından bakanlık sorumludur. Nüfusun %25'ini kapsar. SGF ise nüfusun %20'sini oluşturan işçileri ve memurları kapsar. Özel sektör nüfusun %5'ine, kar amaçlı olmayan özel kurumlar ise kent nüfusunun %10'una, kırsalın ise %25'ine hizmet vermektedir (Kelly, 2005).

Sosyal Güvenlik Fonu, ücretli çalışanları şemsiyesi altına alır. Tüm nüfusun %25.8'ini kapsar. 1940'ların sonunda kurulan bu fon, 1956'da çıkan yasayla hastalık, annelik, mesleki risk, sakatlık, emeklilik ödeneğini kapsamıştır. Tarım işçileri, kendi işinde çalışanları kapsamaz (Countrystudies, 2006). Kapsayıcılığı giderek azalmaktadır. Tüm sağlık kurumlarının %3.7'sine sahiptir. %71 (139)'i toplam hastane yataklarının 1/3'üne sahiptir (PAHO, 2001).

Özel sektör, sigorta şirketlerinden ve sivil toplum kuruluşlarından oluşur. Sigorta şirketleri ailelerden ve şirketlerden topladıkları primlerle özel sektörü finanse eder. 40 bin kişiyi kapsarlar (PAHO, 2001).

1990 yılında kişi başı sağlık harcaması 25 dolarken (WHO, 1995) 1999 yılında 63 dolara çıkmıştır, bunun 37 doları kamu harcamasıdır. 1999 sonrası beş yıl içinde kişi başı harcama 61-60 dolar arasında, kamu harcaması ise 36-39 dolar arasında değişirken, gayrisafı yurtiçi hasıla içinde toplam sağlık harcamalarının payı ve toplam kamu harcamaları içinde sağlığın payı belirgin olarak değişmemiştir (Tablo 1) (WHO, 2006).

Hizmet Sunumu (PAHO, 2001)

Toplam 2 613 sağlık kurumunun 40'ı genel hastane, 30'u özel dal hastanesi, 149'u temel hastane, 986'sı sağlık merkezi ve 1 408'i sağlık evidir. Bu kurumların 1 995'i devlete, 197'si Sosyal Güvenlik Fonuna, 254'ü sivil toplum kuruluşlarına, 101'i kiliseye, 66'sı ise özel sektöre aittir. Nüfus tabanlı sağlık hizmetlerinde öncelik, 5 yaş altı çocuklar, üreme çağındaki kadınlar ve gençlerdedir. Birinci basamakta hemşire yardımcıları tarafından sağlığı esenlendirici ve koruyucu hizmetler sunulur. Toplum ve kurum temelinde eğitim çalışmaları yürütülür. Kuduz, tbc, Chagas hastalığı için koruyucu programlar yürütülmektedir. Ancak sıklıkları bilinmemektedir. Ayrıca servikal kanserin erken tanısına yönelik çalışmalar yapılmaktadır. 1996'dan bu yana bağışıklama oranları düşmektedir. Yerel düzeyde, bölge yönetimince yeterli destek verilmemesi bu düşüşte etkindir. Buna rağmen 2000 yılında resmi verilerde DPT3 oranı %89 olarak verilmiştir.

I. basamak sağlık hizmetlerinde veriler elle toplanmaktadır. Bölge düzeyinde ise %40 oranında bilgisayar ağı vardır.

İlk beş başvuru nedeni; solunum yolu hastalıkları, infektif barsak hastalıkları, iskelet sistemi hastalıkları, deri, genital ve ağız boşluğu hastalıklarıdır.

II basamak kurumları ile ilgili net bilgi yoktur. III. Basamak Hastanelerinin tümü, II. Basamak Hastanelerinin ise çok azının kapasitesi 50 yataktan fazladır.

Sosyal dışlanmanın bir boyutu olarak, Bolivyalıların %77'si, kırsalda yaşayanların %94'ü sağlığı koruyucu ve geliştirici hizmetlere ve olanaklara erişememektedir (Henne, 2005).

Sağlık Çalışanları

1999 yılı itibarıyla 10 bin kişiye 3.2 hekim, 1.6 hemşire, 0.4 diş hekimi, 0.2 laborant düşmekteydi (PAHO, 2001). United States Agency for International Development (USAID)'ın yayınladığı sağlık sektörüne ilişkin raporlar sağlık çalışanlarına ilişkin sorunları sıralıyor ardından değişimin zorunluluğunu vurguluyordu. Belirtilen sorunlar (Homedes, 2005).

- Sağlık çalışanlarının sayısının yetersizliği, dağılımının bozuk olması,
 - Hekimlerin çoğunun hem kamuda, hem de özel sektörde çalışmaları,
 - İnsan kaynakları yönetiminin zayıf olması,
 - Maaş artışlarının çalışma yılına bağlı olması,
 - Personel atamalarının siyasi olması,
 - Sağlık çalışanlarının sistemi benimsememeleri ve sisteme egemen olmamaları,
 - Hastalarla iletişimin gelişmemesi,
 - Eğitim veren kurumların yetersizliği, buna bağlı olarak sağlık çalışanlarının performanslarının düşük olması
- 2006 yılı başında Kübalı doktorlar dokuz eyalette, 180

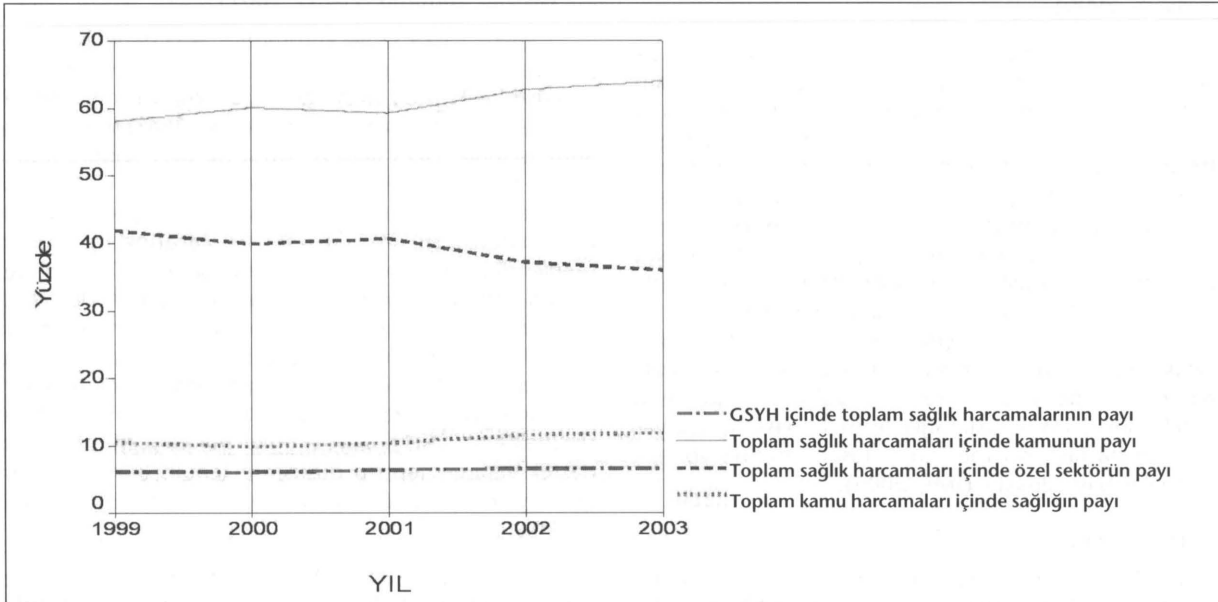
belediyede çalışmaya başladılar. 20 tam teşekküllü hastane kurarak, 500 bin Bolivyalıya hizmet verdiler. Oftalmologlar, 12 bin kişiye göz operasyonu yaptılar. 7 bin Bolivyalı genç Küba'da tıp eğitimi almaktadır. 2006 Haziranında Bolivya Tıp Kurumu (Bolivian Medical Society-BMA) yerel sertifikasyona sahip olmayan Kübalı hekimlerin ülkelerinde çalıştırılmasını protesto etmek amacıyla bir günlük grev yaptılar. Vurguladıkları 10 bin Bolivyalı doktorun işsiz olması ve iş konusunda önceliğin Bolivyalı hekimlere verilmesiydi (Whitney, 2006).

Sonuç

Bolivya'nın en önemli sorunları, sağlıkta eşitsizlikler ve sağlık bütçesinin kısıtlılığıdır. Kamulaştırma politikalarını hayata geçiren Morales sağlıkta eşitsizlikleri yok etmek amacıyla ücretsiz sağlık hizmeti olanağı sunacak sosyal güvenlik sistemi oluşturacaklarını ve malnütrisyona yok etmeyi amaçladıklarını belirtmiştir.

Yeni yönetim, yoksulluk, kötü barınma koşulları, özellikle kadınlarda olmak üzere eğitim düzeyinin düşüklüğünü sağlığın sosyal belirleyicileri olarak görmektedir (IPS, 2006). Sağlık ve Spor Bakanı olan Nila Heredia, 2007'de 21 yaşa kadar insanlar için tıbbi hizmetlerin ücretsiz olacağını, gelecek beş yılda Halk Sağlığı Sigortası'nın aşamalarının uygulanacağını ekledi. İkinci aşamada ise 21-60 yaş arasındaki 4 milyondan fazla kişiyi sigorta kapsamına alacaklarını belirtti. Heredia bu programın hem sosyal sigorta hem de kaynaklardan yoksun olan yaklaşık altı milyon Bolivyalının gereksinimlerini karşılayacağını, devletin tbc, çagas hastalığı ve sıtma için tıbbi bakıma gereksinimi olan her Bolivya vatandaşının masraflarının karşılayacağını açıkladı. Serviks kanserinin erken tanısını da kapsayan üreme sağlığı programı başlatılacaktır. Estetik operasyonlar, konjenital

Tablo 1. Bolivya sağlık harcamalarının dağılımı



Kaynak: WHO, 2006

hastalıklar, protezler ve periton diyalizi sigorta kapsamında olmayacaktır. Bunların dışında kalan diğer patolojiler 2007 Şubatında başlayacak olan uygulamayla kapsama alınacaktır. Uygulama başta kırsal olmak üzere tüm ülkeye yaygınlaştırılacaktır. Şu an sadece 5 yaş altı çocuklar ücretsiz sağlık hizmeti alırken, bu programla halkın %80'i ücretsiz sağlık hizmetinden yararlanabilir hale gelecektir. 60 yaş üstü kişiler başvurdukları her kurumda Ocak 2007'den sonra bakılabileceklerdir. Bütün bunlar kamulaştırmadan elde edilen gelirlerle yapılacaktır (Tiempo, 2006).

Görülüyor ki, bu zengin ülkenin yoksul insanları, kaynaklarını kendi refahları için kullanmaya kararlılar. Bu kararlılıkları da yakın zamanda sağlık sistemlerinde gözlenecektir.

Son Söz

"Bolivya And Dağları'nın Türkiyesi mi, Türkiye Akdeniz'in Bolivyası mı?" (BBC, 2006).

KAYNAKLAR

BBC. (2006). (http://www.bbc.co.uk/turkish/fooc/story/2006/11/061103_fooc_lapazemre.shtml), 27.10.2006.

BBC. (2006a). (http://www.bbc.co.uk/turkish/news/story/2005/12/051218_bolivia_elections.shtml), 27.10.2006.

BBC. (2006b). (http://www.bbc.co.uk/turkish/news/story/2006/11/061129_bolivia_landreform.s), 27.10.2006.

Bossert T. (2000). "Decentralization of Health Systems in Latin America: A Comparative Analysis of Chile, Colombia, and Bolivia", Regional Health Sector Reform Initiative, (<http://www.hsph.harvard.edu/ihs/publications/pdf/lac/Decentralization45.PDF>), 27.10.2006.

Bureau of Economic and Business Affairs, U.S. Department of State. (2002). "2001 Country Reports on Economic Policy and Trade Practices", (<http://www.state.gov/documents/organization/8195.pdf>), 27.10.2006.

Countrystudies. (2006). "Health and Social Security Bolivia", (<http://countrystudies.us/bolivia/43.htm>), 27.10.2006.

GAVI. (2003). "WHO/UNICEF Joint Reporting Form, Bolivia", (http://www.gavialliance.org/resources/cp_2004_bolivia.pdf), 27.10.2006.

Güneş, Z. (2005), "Bolivya Yine Çalkalanıyor", (http://www.marksist.com/DUN/Z_Gunes_BolivyaYine_Calkalaniyor.htm), 27.10.2006.

Henne K. S, Pelea B, Ouladi D, Villafuerte A. (2005). "Response to social exclusion in Bolivia: Fostering Dialogue for quality Improvement in Health Services", Forum 9, Mumbai, Hindistan, 12-16 Eylül 2005.

Homedes N. (2001). "Managing Externally Financed Projects. Bolivia: The Integrated Primary Health Care Project (PROISS)", Health Policy and Planning 16 (4): 386-394

Homedes N, Ugalde A. (2005). "Human resources: The Cinderella of health sector reform in Latin America", Human Resources for Health 2005, 3:1.

IMF. (2006). (<https://www.internationalmonetaryfund.org/external/NP/PFP/Bolivia/INDEX.HTM>), 27.10.2006.

IPS. (2006). "Indigenous Leaders, Women Head New

Cabinet", (<http://ipsnews.net/news.asp?idnews=31895>), 05.01.2007.

Kelly J, Buckland J. (2005). "Primary health care in Latin America: elements and obstacles to effective implementation", Senior seminar in IDS, 60. 4100/3, (http://ecommons.uwinnipeg.ca/archive/00000120/01/MINI_THESIS.pdf), 27.10.2006.

LAHY. (2006). (<http://lahy.wordpress.com/tag/bolivya/page/5/>), 27.10.2006.

Ntvmsnbc. (2005). (<http://www.ntvmsnbc.com/news/354474.asp>), 27.10.2006.

Ozan Ö. (2006). "Bolivya Halkı Artık Seyretmiyor", (http://www.batitrakya-atilim.com/html/bolivya_halki_artik_seyretmiyo.html), 27.10.2006.

Özgüven O. (2003). "Bolivya Raporu", <http://www.antimai.org/bn/bnbolivya.htm>, 27.10.2006.

PAHO (1998), "Health in the Americas, 1998 Edition, Volume II", (<http://www.paho.org/english/HIA1998/Bolivia.pdf>), 27.10.2006.

PAHO, Program of organization and management of health systems and services, division of health systems and services development. (2001). "Health services system profile Bolivia", 2nd edition, November 2001

Sida. (2005). "Country Report, Bolivia", (http://www.sida.se/shared/jsp/download.jsp?f=SIDA28285_en_Bolivia_web.pdf&a=23285), 27.10.2006.

Tiempo 21. (2006). "Bolivia will Begin Free Medical Cares in 2007", (http://www.tiempo21.islagrande.cu/english/the_world/november06/bolivia_free_medical.htm), 27.10.2006.

Time. (1952). (<http://www.time.com/time/magazine/article/0,9171,820493,00.html>), 27.10.2006.

Türkçebilgi. (2006). "Bolivia", (<http://ansiklopedi.turkcebilgi.com/Bolivia>), 27.10.2006.

UNDP. (2006a). "Human Development Report 2006", (<http://hdr.undp.org/hdr2006/statistics/indicators/132.html>), 27.10.2006.

UNDP. (2006b). "Human Development Report 2006", <http://hdr.undp.org/hdr2006/statistics/indicators/23.html>, 05.01.2007.

USA.gov. (2006). "Republic of Bolivia", (<http://www.state.gov/r/pa/ei/bgn/35751.htm>), 27.10.2006.

Whitney WT Jr. (2006). "Cuba, Venezuela bring medical care to Bolivia", People's Weekly World Newspaper, 06/08/06, (<http://www.pww.org/article/articleview/9280/1/325>), 27.10.2006.

WHO. (1995). "WHO Report 1995", (http://www.who.int/whr/1995/en/whr95_annex_en.pdf), 05.01.2007.

WHO. (2006). "WHO Report 2006", (http://www.who.int/whr/2006/annex/06_annex2_en.pdf), 05.01.2007.

Wikipedia. (2006). "Bolivia", (<http://tr.wikipedia.org/wiki/Bolivia>), 27.10.2006.

World Bank. (2006). "Bolivia Country Brief", (<http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/COUNTRIES/LACEXT/BOLIVIAEXTN/0,,menuPK:322289~pagePK:141132~piPK:141107~theSitePK:322279,00.html>), 27.10.2006.