

**DOSYA/DERLEME****ARJANTİN SAĞLIK SİSTEMİ VE REFORMLAR**

Işıl ERGİN\*

Arjantin; Güney Amerika coğrafyasındaki en büyük 2. ülkedir. Yüzölçümü Türkiye'nin üç buçuk katına yakın (2795 km<sup>2</sup>) olmasına karşın toplam nüfusu 38.747.000'dir (WHO, 2006). Kentsel nüfusun %87,2 olduğu ülkede, küçük bir yerli nüfus dışında İspanyol, İtalyan, Polonya'lı ve Alman kökenli göçmenlerin torunları etnik çeşitliliği oluşturmaktadır. Resmi dil ise İspanyolca'dır (LACHSR, 2002a).

**I. POLİTİK VE İKTİSADİ YAPI**

Federal yapıdaki bir demokratik cumhuriyet olup otonom federal başkent olan Buenos Aires dışında 23 eyalet yapılanması mevcuttur (LACHSR, 2002a). 1853'teki Ulusal Anayasaya kadar iller arası kanlı iç savaşlar devam etmiş ve bugünkü federal yapının kökenlerini oluşturmuştur (Tanla, 2002).

GSMH'dan kişi başına düşen pay 2001'deki 7458 dolar düzeyinden, 2002'deki krizle birlikte 2907 dolar düzeyine düşmüştür (Odasso, 2004). Gelirin dağılımı ise önemli eşitsizlikleri barındırmaktadır. 90'ların başında Latin Amerika ülkeleri arasında 43 Gini katsayısı ile en iyiler arasında yer alan Arjantin, 2000'lere gelindiğinde eşitsizlikler açısından en dramatik kötüleşmeyi yaşamış ve Gini katsayısı 52,2 olmuştur. (WB, 2004)

19. yüzyılın ilk yarısında Güney Amerikanın en küçük nüfuslu ülkelerinden biri olan Arjantin'in ekonomisi o dönemde Latin Amerikanın %2-3'ü kadardı. 1890-1910 arasında ise önemli ekonomik gelişmeler kaydederek

dünyanın onuncu büyük ekonomisi haline gelmiştir. Bu dönemde yönetim liberal-muhafazakar seçkinlerin elindedir. Avrupalı göçmen akını da bu tarihlere rastlar. 1930-1983 arası dönemde 15'i asker, 8'i sivil başkanlı hükümetler ve 6 hükümet darbesiyle tam bir "kronik siyasal istikrarsızlık" yaşanır, insan hakları ihlalleri sürece damgasını vurur (Tanla, 2002).

Bu dönemin önemli isimlerinden biri Juan Domingo Peron'dur. 1946'da cumhurbaşkanlığına seçilen Peron, refahı kentli işçiler lehine yeniden dağıtmaya girişir. Sendikalar kurulur, sosyal güvenlik ağı genelleştirilir, eğitim tümüyle ücretsiz hale getirilir. Kapitalist toplumsal yapıda köklü bir değişikliğe gitmeksizin bir takım sosyal düzeltmeler yapılır, hızlı bir büyüme sağlanır. 1950'lerin başında yatırım mallarının fiyatlarındaki yükseklik nedeniyle yeni yatırımların yapılamamasıyla ekonomi durgunlaşır. Ekonomik kriz, 1955'te yeni bir darbeye gerekçe olur. Arjantin, Peron'un uzakta olduğu 1970'lerin başlarına kadar olan dönemi yüksek işsizlik oranı, yüksek enflasyon ve askeri diktatörlükler altında geçirir. Dikta rejimi, neoliberal politikalara kapıları ardına kadar açar; ithal ikameci politikalara son verir. Özel sektör borçlarından kaynaklanan dış borç, 1981'de 35,7 milyar dolara ulaşır. Dış özel borç kamusal borca dönüştürülür; böylece yük, yoksulların sırtına bindirilmiş olur. Bu dönemde yüksek enflasyon ve istikrarsız büyümenin etkisiyle Arjantin parasının değeri ciddi düşüşler gösterir. İçerdeki başarısızlığı dışarıdaki bir zaferle örtmek hevesindeki Videla, Arjantin'in yanı başındaki İngiliz sömürgesi Falkland adalarını ele geçirmeye niyetlenir. Savaş Arjantin'in ağır yenilgisiyle sonuçlanır. Videla'yla başlayan diktatörlük dönemi 1983'te Raul Alfonsin'in cumhurbaşkanı seçilmesine kadar sürer (Isıklı, 2005).

\*Uzm. Dr., Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

## A. SON 25 YILDAKİ DEĞİŞİM, EKONOMİK VE SİYASİ YAPI

1983-2001 arası dönem Alfonsin, Menem ve De La Rúa yönetimlerinin hiperenflasyonla mücadelesine sahne olur (Tanla, 2002). 1984 sonrasında enflasyon yüzde 3 000'lere çıkar. 1989'da Peronist Menem başkan seçildiğinde, aylık enflasyon yüzde 200'lerdedir. Ülkenin IMF'ye teslimiyeti artarak devam eder. Devlet girişimlerinin özelleştirilmesi ve kamu hizmetlerinden hükümet sübvansiyonlarının kaldırılması veya azaltılması gibi bilinen IMF reçeteleri uygulanır, hızla sonuç alınır ve 1994'te yüzde 4,87 büyüme ile enflasyon yüzde 4'e çekilir. Bu kısa vadeli rahatlamalar ekonomiyi, orta ve uzun vadede ipotek altına almıştır. Krizler birbirini izlemeye başlar. Ulusal hükümetin denetimi dışında ülkeyi istila eden yabancı para, yine denetim dışı bir biçimde ülkeyi terk etmeye başlar. 1995'te 4,1 milyar dolarlık sermaye çıkışına çok sayıda şirketin iflası ve yüzde 16'ya çıkan işsizlik oranı eşlik eder. İkinci kez başkan seçilen Menem, IMF çizgisindeki ekonomik planında ısrar eder. Özelleştirme politikaları sonucunda kamu hizmetlerinde meydana gelen çöküş, yolsuzluk ve sosyal eşitsizliklerin artması, toplumdaki huzursuzlukları derinleştirmektedir. Arjantin 1998'de tekrar şiddetli bir durgunluk içine girer. Aralık 1999'da seçimi yüzde 48,5 oyla Fernando de la Rúa kazanır. IMF'yle yapılan stand-by anlaşmalarının dayatması sonucu faturanın çalışan kesimler ve emekliler üzerine çıkarılması, genel grev uygulamalarına ve sokak gösterilerine neden olur. 2000'deki acil ekonomi politikaları sonuç vermez. İki ekonomi bakanı ardı ardına istifa eder ve Konvertibilite Planı'nın mimarı Cavallo bir kez daha göreve çağılır. 2001 Temmuz ayından itibaren Arjantin'in borçlarını ödeyemeyeceği anlaşılır. Borsa düşer, döviz rezervleri ve bankalarda mevduat azalır. Açıklanan önlem paketleriyle kamu çalışanlarının ve emeklilerin maaşları düşürülür. Hükümet ağır borçları ödemede güçlük çektiğini ilan eder. 2 yıl içinde düzenlenen yedinci genel grevin ardından yağma ve sokak gösterileri artar, olağanüstü hal ilan edilir. 2 gün süren hükümet karşıtı gösteriler sonucu 28 kişi ölür, 200'den fazla kişi yaralanır. De la Rúa istifa eder. Ocak 2002'de sabit kur sistemi terk edilip Peso devalüe edilir (Isıklı, 2005). 1991'de yoksulluk sınırının altında yaşayan nüfus %21,5 ve açlık sınırının altındakiler ise %3'tür. 2001'de bu değerler sırasıyla %35,4 ve %12,2 olmuştur. Aynı yıllar içinde işsizlik %6'lardan %18,3'lere yükselmiştir (LACHSR, 2002a). Haziran 2002'de işsizlik yüzde 20'yi aşmıştır. Oluşan örgütlenmeler (Örneğin; İşsizler hareketi) bilinenden farklı muhalif hareketler doğurur. Ülkeyi derinden sarsan eylemler gerçekleştirilir, etkin genel grevler örgütlenir. 2003 yılı başında Kirchner iktidara geldiğinde gündem, dış borçların ödenmesinin ertelenmesi ve uygun koşullarda yeni borçlarla takas edilmesi kararıdır (Isıklı, 2005).

## II. ARJANTİN SAĞLIK SİSTEMİ

### A. SAĞLIK DURUMU

Sağlık Bakanlığının 2000 verilerine göre GSMH'dan sağlığa ayrılan payın % 8,5 olduğu Arjantin'de, kişi başına

yaklaşık olarak 650 Amerikan doları harcanmaktadır. Dünyada sadece 17 ülke bu düzeyde bir sağlık harcaması yapmaktadır (WB, 2003a). Ancak sağlık hizmetleri alanına harcanan bunca paraya ve kaynaklardaki sayısal yeterliliğe rağmen sonuçların bölgede sağlığa daha az para ayıran veya sosyoekonomik gelişmişlik düzeyi daha kötü olan komşularıyla bile kıyaslandığında pek de içaçıcı olmadığı görülmektedir. Bebek ölümlülüğü binde 17,6, anne ölümlülüğü 100 binde 41 düzeyindedir (PAHO, 2007). Bu değerlerde bölgelerarası belirgin farklar, yıllar içinde artarken, aynı bölgedeki farklı gruplar arasındaki uçurum da derinleşmektedir. Bebek ölümlülüğü Tierra Del Fuego'da binde 7,8 iken Chaco, Formosa ve Jujuy'da binde 29'dur (LACHSR, 2002a). 2000 yılındaki 7650 bebek ölümlünden %60'ının sadece daha iyi bir doğum öncesi bakım ile önlenilebileceği tahmin edilmektedir. Anne ölümlerindeki duruma bakıldığında 2001'deki 300 anne ölümlünden %29'u kürtaja bağlıdır. Bir kuruluştaki gerçekleşmeyen doğumlar ve 20 yaş altı gebelikler de anne ölümlerinde önemli paya sahiptir. Her iki durumda kuzeydeki yoksul kesimlerde ve kırsal yerleşimlerde daha sıklıkla gözlenmektedir. Önlenebilir bebek ve anne ölümlerinin varlığı pek çok Arjantinlinin sağlık hizmetlerinden zamanında ve etkin bir biçimde yararlanmadığını göstermektedir. Bugün, çocuklarının %74'ünün yoksulluk sınırının altında yaşadığı, sağlık sigorta sistemlerinin kapsayıcılığı yanı sıra gerekli ilaç ve hizmetlere erişimin belirgin biçimde azaldığı bu ülkede, iyi işleyen ve kapasitesi güçlendirilmiş bir sağlık sistemi büyük önem taşımaktadır (WB, 2003a).

2001 krizi sonrasında hizmet sunumunda iki önemli sorun öne çıkmıştır: Sistemin finansman ayağında gerileme ve ülkeye ilaç ve tıbbi malzeme girişinde ciddi sıkıntılar. Bu iki sorun, ücretsiz sağlık hizmet gereksinimi artan nüfusun, ücretsiz sağlanamamasını daha da derinleştirmiştir. Kriz ve işsizlik nedeni ile çoğalan sosyal güvencesiz bireyler, kamu hastanelerinde yığılmayı artırmıştır. Ne yazık ki bu hastanelerin personel ve ekipmanı bu yükü kaldırabilecek durumda değildir. Sosyoekonomik koşullardaki kötüleşmeye paralel olarak epidemiyolojik risk de artmıştır. 2002 yılında bir önceki yıla göre AIDS olgularında %32, Chagas hastalığı olgularında %113, Kala Azar olgularında %480 artış gerçekleşmiş, Buenos Aires'in perifer mahallelerinde leptospiroz salgını çıkmıştır. Çocuklarını koruyucu hizmetlere götüren ailelerde %20, gebe bakımı kapsayıcılığında %43'lük azalma, daha da kötü sağlık çıktılarının habercisidir (Uribe, 2002).

### B. FİNANSMAN

Tablo 1'de 2000'deki toplam sağlık harcamalarının dağılımı görülmektedir. 2003'teki dağılım incelendiğinde; toplam sağlık harcamaları içindeki özeline payının %51,4 olarak artmaya devam ettiği görülecektir. Bu özel sağlık harcamaları içinde cepten harcamaların payı %55,6, özel sigortaların payı ise %38,2'ye tırmanmaktadır. Toplam kamu sağlık harcamaları içinde sosyal güvenlik harcamalarının payı ise %56,8 düzeyine ulaşmaktadır (WHO, 2003).

Tablo 1. Arjantin sağlık harcamaları, 2000

Kurum	US milyon peso	%
<b>Devlet</b>	<b>5560</b>	<b>23</b>
Ulusal Sağlık Bakanlığı	805	3
Bölge Sağlık Bakanlığı	3913	16
Belediye Sağlık Sekreteryası	842	3
<b>Sosyal Güvenlik</b>	<b>8243</b>	<b>34</b>
Ulusal		
OSN (Ulusal Zorunlu Sağlık Sigortası)	3861	16
PAMI (Emekli ve Özürlüler İçin Sağlık Sigortası)	2270	9
Yerel		
OSP (Eyalet Zorunlu Sağlık Sigortası)	2112	9
<b>Haneler</b>	<b>10390</b>	<b>43</b>
Özel sigorta ve diğer ödemeler	3117	13
Direkt ödemeler	7273	30
<b>TOPLAM</b>	<b>24193</b>	<b>100</b>

Kaynak: LACHSR, 2002b

Kamu sağlık harcamalarının dağılımı incelendiğinde ise hastane ve diğer sağlık birimlerinde maaş ve tıbbi ekipman için harcanan paranın bütçenin önemli bir kısmını oluşturduğu görülmektedir. Toplum sağlığı programlarına ayrılan %4'lük bütçe ise ülkenin bu alanda ihtiyacı olan kamusal destekten yoksun olduğunu göstermektedir. 4,4 milyon pesoyu bulan kamu sağlık harcamalarının büyük bir kısmı eyaletler düzeyinde tüketilmektedir. Eyaletler düzeyindeki tüketimde de 7 eyalet 2,5 milyon peso ile bütçeden önemli bir pay almaktadır. Merkezin harcamaları politika geliştirme ve düzenleyici çalışmalarda ağırlık kazanmaktadır (Tablo 2). Reformların Sağlık Bakanlığı'na biçtiği rolle uyumlu bir kamusal sağlık bütçe dağılımı söz konusudur (WB, 2003a).

Arjantin diğer Latin Amerika ülkelerindekine benzer şekilde oldukça parçalı bir sağlık sistemine sahiptir. 1940'larda tüm nüfusa kapsayıcı olmayı hedefleyen "evrensel kapsayıcılık" ilkesinden uzaklaşmış görünmektedir. Nüfusun yaklaşık %45'lik kesimi devlet veya eyalet düzeyindeki kamu sağlık sigortası kapsamında yer alırken, %50'si zorunlu sağlık sigortası ve %5'i özel sigorta kapsamındadır. Vatandaşlar sağlık hizmetini, ait oldukları sigortanın anlaşma yaptığı kurumlardan (kamu

veya özel) alır (Şekil 1). Katkı payı oranları da sigorta tipine göre değişir. İlaçlar, bağlı olunan sigortanın taahhüt ettiği indirimler (%40-70) üzerinden hastalar tarafından satın alınır (Odasso, 2004).

**1. Zorunlu Sağlık Sigortası modeli:** Zorunlu sigorta yapısının unsurları olan obras socialeler (OS) meslekler göre ayrılmış, yarı kamusal, grup sigortalarıdır. Hastalık fonları şeklinde yapılandırılmış olup, çalışanlar ve ailelerinin sağlık hizmetini finanse eder. Çalışan ve işverenlerin değişen oranlardaki (Katkı paylarının oranları Tablo 3'te ayrıntılandırılmıştır) katkısı esastır. Kaynaklar OS'ler tarafından toplanır ve yönetilir. Hizmetler sözleşme yapılan kurumlardan satın alınır. Sigortalıların kullandığı hizmetler karşılığında hizmet sunuculara OS'ler veya aracı kurumlarca direkt ödemeler yapılır. Hizmet sunucular sözleşmeyi kişi başı veya hizmet başı ödeme planları üzerinden yapmaktadır.

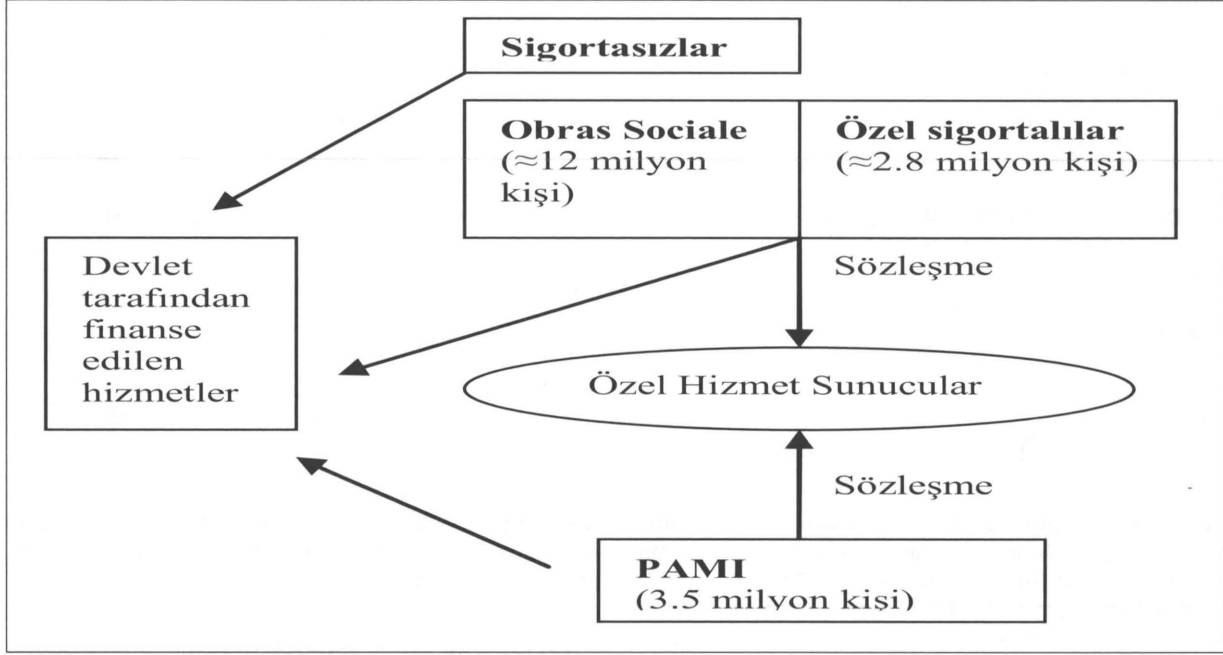
**2. Kamu entegre modeli:** Hizmetlerin hem sunumu hem de finansmanı devletin çeşitli kurumlarınca sağlanmaktadır. Kaynak genel vergilerdir. Sigortasız bireyler sağlık hizmetine bu yolla erişir. Hizmet sunucuların ödemeleri maaş yoluyla ve genel bütçeden karşılanır. Hizmetler bireylere ücretsiz olarak sunulur.

Tablo 2. Kamu sağlık harcamalarının dağılımı, 2001 (milyon peso)

	Ulusal Hükümet	Bütçe transferleri	Eyaletler	Toplam	Toplam içindeki pay (%)
<b>Hizmetin sunumu</b>	<b>304,49</b>	<b>45,13</b>	<b>3453,76</b>	<b>3803,37</b>	<b>86</b>
Hastaneler ve diğer sağ.	254,75	45,04	3,387	3,687	83
Maaşlar	198,24	-	3,342	3,540	80
<b>Politika gelişt. koord. düzenleyici çalışmalar</b>	<b>91,10</b>	<b>1,31</b>	<b>364,52</b>	<b>456,93</b>	<b>10</b>
<b>Toplum sağlığı programları</b>	<b>66,47</b>	<b>22,73</b>	<b>91,17</b>	<b>180,37</b>	<b>4</b>
<b>Toplam</b>	<b>462,05</b>	<b>69,17</b>	<b>3909,44</b>	<b>4440,66</b>	<b>100</b>

Kaynak: WB, 2003a

Şekil 1. Arjantin'in mevcut sağlık sistemi (Sherlock PL, 2003'ten modifiye edilmiştir.)



**3. İsteğe bağlı sigorta modeli:** Özel sigorta şirketlerinin hizmeti bu grupta yer alır. Kaynak bireysel ödemelerdir. Hizmet sunuculara ise hizmet başına para ödenir (Belmartino, 2000)

#### 1. Zorunlu Sosyal Sigorta Modeli

Alımgücü olan Arjantin orta sınıfı 1915'lere kadar tıbbi hizmetleri cepten ödemelerle karşıladı. Bu dönemde hekimler ve özel hastaneler, hizmet başına faturalandırma ile gelir sağladı. Daha düşük sosyoekonomik sınıflar ise tıbbi bakımlarını devlet hastanelerinden ve /veya "ortak yardım birlikleri" yoluyla ücretsiz sağladılar. Geleneksel bir tazminat sigortası ise baştan beri hiç varolmadı (Bosch, 2000).

"Ortak yardım birlikleri" ön ödemeli tıbbi bakımın öncül yapılarıydı ve 1930'larda Avrupalı göçmenlerin başlattıkları bir uygulamaydı. Bu kalabalık gruplar, kar amacı gütmeyen ve tıbbi tedaviyi de içeren örgütlenmeler oluşturdular. Genelde düşük-orta gelir grubu işçileri kapsayan bu yapılar, aylık, kişi başına, gönüllü ödemeleri esas almaktaydı. Bu yapıların OS'lere dönüşümü ile işçiler ve sendikalar için yasal düzenlemeler 1950'lerde geldi. Bu kurumların temel varoluş nedeni işçiler ve aileleri için tıbbi bakım hizmetlerinde ön ödemeyi zorunlu kılmak ve işçi-işveren katkısının esas olduğu bir finansman sağlamaktı (Bosch, 2000). Avrupa ülkelerindeki sosyal sigorta yapıları ile karşılaştırıldığında Latin Amerika'daki sigorta hiçbir zaman tüm nüfusu kapsamayı hedeflemedi. Bunun yerine belli işçi gruplarının sigorta fonları yolu ile örgütlendiği yapılanmalar oldular. Başlangıçta cenaze harcamaları, yaşlılık aylığı veya kaza sigortası gibi dar kapsamlı olan bu yapı, daha sonra işsizlik, aile yardımı, koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetleri

olarak genişletildi. Devlet sigortasızlara da sınırlı sayıda kamu hizmetinden yararlanma imkanı tanımaya başladı ancak bu hizmetler hem kötü, hem de kapsayıcılığı zayıftı. Savaş sonrası dönemde, en azından kentsel formal sektörde sigortanın kapsayıcılığı giderek arttı (Barientos, 2000; Sherlock, 2006).

1960'larda işveren sponsorluğunda kurulan ve kar amacı gütmeyen ve yönetici konumundaki çalışanların hizmet aldığı OS'lerin (obras sociales de personal de direccion) işleyişine izin verildi. Sayıları bugün 2 milyona varan bu sigortalılar (nüfusun %6'sı) daha yüksek sosyoekonomik sınıftaki kişilerdi (Bosch, 2000).

OS'ler en başından itibaren sendika yöneticileri ve politikacılar için önemli bir güç oluşturdular. Bugün yaklaşık 18 milyon Arjantinli sağlık hizmetlerini bu planlar yoluyla sağlamaktadır. Çoğu 60 yaş üzeri olan 4 milyon nüfus da PAMI (Programa de Asistencia Medica Integral) isimli OS'den hizmet almaktadır. PAMI 1971'de emekliler ve özürlüler için kurulmuştur (Bosch, 2000). Emekliler; INSSJYP (The Instituto Nacional de Seguridad Social para Jubilados y Pensionados = national social security institute for retirees and pensioners) adındaki farklı bir rejime tabiidir. Bu birim, daha iyi bilinen adı ile PAMI'yi uygulamaktan sorumludur. Bu program toplumun %22,4'ünü kapsamaktadır ve kesintiler aktif çalışanlar veya emeklilerden %3-6 arasında değişmektedir.

Zorunlu sosyal sigorta yapısı çok parçalı yapısını halen sürdürmekte olup 2003'teki OS sayısı 271'dir (Sherlock, 2006). OS'lerin ANSSAL'a (Administración Nacional del Seguro de Salud = national health insurance administration) hesap verme sorumluluğu vardır. Eyalet düzeyindeki 23 OS ise nüfusun %29,41'ini kapsamakta ve ağırlıklı

olarak eyalet kamu çalışanlarının ve yakınlarının sigortası olmaktadır. Finansman kaynağı gelire dayalı ödemeler olup ulusal OS'ler için maaşın %8'i, eyaletlerdeki OS'ler için %7-12,5'u kesilmektedir (Belmartino, 2000).

Sigortaların topladığı kişi başı gelir aylık 5 dolar ile 80 dolar arasında değişir. 271 OS'den 30'u zorunlu sosyal sigorta sahibi sigortalılardan %73'ünü kapsamakta olup kaynakların %75'inin sahibidir. Kaynak dağılımındaki bu eşitsizliği gidermek ve transferler yapmak için kurulan fonlar (FSR = Solidarity Redistribution Fund) bu işlevlerini yerine getirememiş, sistemdeki toplam kaynaklara sadece %0,9 katkı sağlayabilmiştir. Toplanan gelir yanı sıra sağlanan hizmetin maliyeti de zengin OS'lerle daha düşük gelir gruplarına hitabeden OS'ler arasında 6 kat fark göstermekte, yıllık hekim muayenesi sayısı da aynı gruplar için 1,9'a karşılık 8,4 olmaktadır. İlaç harcamaları ise zengin ve yoksul OS'ler arasında 13 kat fark göstermektedir. Bu çarpıcı farklılıklara rağmen finansman örgütleri, hizmet sistemlerinin geliştirilmesine ve adaletsizliğin giderilmesine dair herhangi bir katkı sunmak yerine sunulan hizmetlerin ne kadarını kapsayacakları ve finansal kapasitelerinin sınırları üzerine kafa yormaktadır (Belmartino, 2000).

## 2. Kamu Entegre Modeli

Devlet hastaneleri kamusal sağlık hizmetinin köşe taşı olup, nüfusun sağlık sigortası olmayan kesimi, temel olarak bu yol ile ücretsiz sağlık hizmeti alırlar (Bosch, 2000; Belmartino, 2000). 1940 ve 50'lerde hastaneler arasında ve daha az oranda da diğer kamu sağlığı alanlarında etkileyici bir iyileşme gözlenmiştir. Gelişen ardışık krizler ve sağlık hizmetinin evrensel kapsayıcılık hedefinden sigorta planlarına doğru kayışı ile ayrılan kamusal kaynaklar giderek azalmıştır. Binalar ve donanım giderek kötüleşmiş, maaşlar iyice düşmüştür. Hastalar kamu hastanelerinde uzun kuyruklar bekleyerek teknik donanımı zayıf, personel motivasyonunun kötü olduğu kalitesiz bir hizmet almaktadır (Sherlock, 2003). Kamu hastanelerinin temel varoluş nedeni yoksul veya sigortasızlara ücretsiz sağlık hizmeti sunmaktır. Ancak bu hastaneler; OS'lerle veya özel sigortalılarla sözleşme yaparak, sigortalı gruplara da hizmet sunabilmektedir (Belmartino, 2000). Teorik olarak devlet hastanelerinden alınan hizmet ücretsiz görünse de, pek çok eyalet, kooperatifler veya birlikler yolu ile çeşitli ödeme sistemleri oluşturulmuştur. Bu "gönüllü" ödemeler, hizmetin değişken maliyetinin önemli bir kısmını oluşturmakta ve bu kurumların işlemeye devam edebilmesi için vazgeçilemez hale gelmektedir. Zaten ülkenin toplam sağlık harcamaları içinde haneden cepten ödemeler şeklindeki katkı %43'leri bulmuş durumdadır. Bunun 1/3'ü özel sigorta ödemelerine, 2/3'ü doğrudan ödemelere gitmektedir (WB, 2003a).

Genel vergiler yoluyla finanse edilen bu hizmet, hem ulusal, hem de eyalet ve belediyeler düzeyinde yönetilmektedir. Merkezde, Sağlık ve Sosyal Eylem Bakanlığı (MSAS) düzenleme, planlama ve sağlık hizmetlerini değerlendirme ve epidemiyolojik istatistikleri

hazırlama görevini üstlenmiştir. Bağışıklama, anne çocuk sağlığı, AIDS ve CYBH programlarının yürütücüsü olan bakanlık beş özel dal hastanesinin de sahibidir.

Her bir eyalet yönetimi de bölgelerindeki bireylerin sağlığına ilişkin olarak merkeze veya belediyelere delege edilmemiş işleri yapmakla yükümlüdür ve 24 "Eyalet Sağlık Bakanlığı"nda bu planlamalar yapılır. Bazı eyaletlerde belediyeler birinci basamak sağlık hizmetlerini yürüten dispanserlerin yönetimine de sahiptir. Kimi belediyelerin kendilerine ait hastaneleri de vardır ve buradaki hizmetler belediye bütçesinden karşılanır ancak ulusal bütçeden veya eyalet bütçesinden sübvansiyon da alabilmektedirler. Eyaletlerin sağlık hizmet sektöründe önemli bir rolü vardır. Kamu sağlık harcamalarının %75'i eyalet bütçesinden sağlanır ve bu nedenle son 15 yılda eylem alanlarını genişletip, sektörü kendi ölçüt ve yöntemleri ile yönlendirmeyi sağlamışlardır. Eyalet düzeyinde sağlığa harcanan paranın %85'i hastane odaklı olup, kalanı birinci basamak ve özel programlara ayrılmaktadır. Bu hastanelerin acil yardım hizmetleri sunmak, mezuniyet öncesi ve sonrası tıp eğitimi vermek ve biyomedikal araştırmalar yürütmek gibi görevleri de vardır (Belmartino, 2000).

## 3. İsteğe Bağlı Sigorta Modeli (Pre-pagaslar ve Mutualesler)

Özel sağlık sigortacılığı 1960'larda başlayıp 1980'lerin ortasında belirgin artış gösterir (Bariantos, 2000). 1960'ların ortasında, özel kar amacı gütmeyen sektörde, ön ödemeli grup uygulamaları sağlık alanına girer. Kaiser endüstrileri Cordoba kentinde bir otomobil fabrikası kurduğunda, Kaiser Foundation Health Plan of California ön ödemeli grup uygulamalarını geliştirmek üzere teknik yardım sağlar. Programlardan biri Cordoba'daki saygın özel hastanelerden biri ile diğeri ise Buenos Aires Üniversite Hastanesi ile anlaşır. İlk hallerinden bir miktar farklılaşmalar bile, bugün de çalışanlara yönelik modeller olarak 50 bin üyesi ile varlıklarını sürdürmektedirler. 1970'lerin başında Mar de Plata da 90 bin, Buenos Aires'te 100 bin üyeli iki örnek daha eklenir. 1960'larda Kaiser modeline tepki olarak, sahibi hekimler olan ve onlar tarafından yönetilen bir dizi özel yapı pek çok şehirde kurulmaya başlanır. Bunların pek çoğunun bugün kendi hastaneleri de vardır. Bu hastaneler hem kendi sigorta gruplarına hizmet vermekte hem de OS'lere hizmet satmaktadır. OS'ler yolu ile hizmet alan pek çok birey aynı zamanda bunların da üyesi olabilir. Bugün 3 milyon kişiye (%7) 200 farklı planda yılda toplam 1,5 milyar dolara sağlık hizmeti sağlanmaktadır (Bosch, 2000).

Sektör kar amaçlı (prepagas) ve kar amacı gütmeyen yardım sandıkları (Mutuales) olarak ikiye ayrılır. Yüksek gelir grubundaki şahıslara, kendi zorunlu sigortalarına tamamlayıcı olmak üzere, isteğe bağlı hizmet şemaları sunulur. Fonların bir kısmı çok küçük oldukları için hizmet sunamamakta ama özelden hizmet satın almaktadır. Bu dev bir özel hizmet sunum sektörü oluşmasına neden olmuştur. Hizmetlerin sunan-satın alan şeklinde ayrışması, beklentilerin aksine etkinlik ve rekabet değil, kaos ve

Tablo 3. Arjantin sağlık sektörünün yapısı

	Zorunlu Sağlık Sigortası			KAMU SİGORTASI	ÖZEL SİGORTA
	Ulusal (Obras sociales-OSN)	INSSJyp (PAMI)	Yerel (Obras sociales - OSP)		
<b>Kapsanan Nüfus</b>	Kayıtlı işçi, (Eskiden işkoluna göre, şimdi sigortalının kendi tercihine göre)	Emekliler; (İsteyen eski OSN lerinde kalmayı da tercih edebilir)	Yerel kamu çalışanları ve yerel fonlardan emekliler (Tercih serbestliği yok)	Sosyal güvenlik sistemi kapsamı dışında kalanlar, sigortasızlar	Ön ödemeli sigorta şemalarına veya diğerlerine bağlı gönüllü üyeler
<b>Faydalananların Sayısı-Nüfus İçindeki % (Yerel düzeydeki max ve min.)</b>	10 500 000 <b>%29</b> (%8-54)	3 060 000 <b>%9</b> (%3-14)	5 100 000 <b>%14</b> (%7-51)	14 210 000 <b>%39</b>	3 280 000 <b>%9</b>
<b>Mevcut Sigortaların Sayısı</b>	280	1 (Eyaletlerde delegasyonları var.)	24 (Her eyalet için bir tane)		70 ön ödemeli sigorta. Toplam sayı 140-300 arasında. Tamamlayıcı fonların sayısı bilinmiyor.
<b>Finansman</b>	İşçi %3 İşveren %6	İşçi %3 İşveren %2 +Emekliler: %3-6 +Genel bütçeden destek +Katkı payları	İşçi %3-5 İşveren %4-6 Eyaletle göre değişir. +Katkı payları	Eyalet fonları, ulusal programlar ve yerel katılım yolu ile genel bütçeden.	Üyelerden doğrudan ödeme
<b>2000'deki Aylık Ödeme (Yereldeki max ve min)</b>	Kullanıcı başına 29\$ (13\$-47\$)	Kullanıcı başına 52\$ (55\$-81\$)	Kullanıcı başına 33\$ (15\$-229\$)	Kişi başına 22\$	Kullanıcı başına 68\$
<b>Teorik Olarak Hizmet Kapsayıcılığı</b>	Minimum bir Zorunlu Sağlık Paketi (PMO)	Zorunlu sağlık paketinden fazlası	Minimum paketin olmaması	Minimum paketin olmaması	Minimum olarak, PMO
<b>Hizmetin Sunumu</b>	Özel ve devletteki hizmet sunucular	Özel ve devletteki hizmet sunucular	Özel ve devletteki hizmet sunucular, kendi kliniklerinden iki tanesi	Eyalet ve belediye devlet hastaneleri	Kendi kurumları+ özel sektörden anlaşma yapılanlar, devlet hastaneleri
<b>Düzenleme</b>	SSS	SSS	SSS	Dış kontrol unsuru yok	Dış kontrol unsuru yok

Kaynak: WB, 2003a

muhasebe edilemez bir sözleşmeler sistemini getirmiştir. Özel sektördeki uygulamalar açısından hiçbir yasal düzenleme yoktur. Prepagaslar yüksek işlem maliyetleri ve şeffaflıktan yoksun uygulamaları nedeni ile de eleştirilmektedirler (**Barientos, 2000**).

72 şirket, pazarın %70'ine hakimdir. Risk düzeyine göre ve şirkete göre ödeme planı değişir. Bunlara ek olarak 3000 yardım sandığı 1 milyon kişiye yıllık yaklaşık 500 milyon dolara mal olan bir sağlık hizmeti sağlamaktadır. Çok sayıda şirketin bu heterojen yapı içerisinde sisteme getirdikleri, yüksek yönetsel maliyetler ve şeffaflıktan yoksun rekabettir. Sigortalıları bu rekabetin zararlarından koruyacak etkin mekanizmalar da sağlanmış değildir. Özel sigortacılık alanı yabancı yatırımcılar için de cazip bir alandır ve Amerikan, İsviçre ve Şili sigorta şirketleri önemli ulusal sigorta şirketlerini birer birer satın almaktadır. Emeklilik sigortasında yerini alan finansal gruplar şimdi de OS'lerin düzensiz yapısından yararlanarak sağlık sigortacılık alanına da girmeye çalışmaktadır (**Belmartino, 2000**).

### C.HİZMETLERİN ÖRGÜTLENMESİ VE SUNUMU

Arjantin'de hizmete erişim büyük oranda bireyin gelir düzeyine bağlıdır. Kişi üç temel şemadan biri yoluyla hizmete ulaşır:

1. Hastanelerde yürütülen kamu hizmeti, devletin yürüttüğü ayaktan bakım hizmetleri,
2. Kayıtlı işçilik yolu ile sağlanan zorunlu sağlık sigortası, "özel" sigorta veya ön ödemeli sigorta ("prepagas") yoluyla sağlanan hizmetler,
3. Özel hizmet kullanıcılarına cepten ödemeler yoluyla sağlanan hizmetler.

En yoksul %20'nin %77'si devlet hastaneler ağı yolu ile %20'si sosyal güvenlik yolu ile ve %2'si özel sigorta ile sağlık hizmetine ulaşmaktadır. En yüksek gelir dilimindekilerin ise, %11'i devlet hastaneleri ağı, %66'sı sosyal güvenlik kurumları ve %23'ü özel sigorta aracılığı ile hizmetlere erişmektedir. Bu oranlar eyaletler arası ciddi farklılıklar göstermektedir. Sağlık sigorta kapsayıcılığının yaygın olmadığı bölgeler genellikle en kötü sağlık çıktılarına sahip, sağlık sektöründen ayrılan yatırım paylarının da aksine en düşük olduğu bölgelerdir. Örneğin bebek ölüm hızlarının binde 30,4 olduğu Corrientes'te kişi başı sağlık harcaması 60 pesodur ve toplumun %60'ının sağlık güvencesi yoktur. Ülkedeki bebek ölümlülüğünün binde 11,4 olduğu Neuquen'de sosyal güvencesiz nüfus %23'lere düşmekte, kişi başı sağlık harcamaları da 300 pesoya çıkmaktadır. Bu durum; sigortası olan nüfusun sağlık hizmetlerine erişiminin daha iyi olduğuna işaret etmektedir. Ancak; sigorta sisteminin kendisi de hakkaniyet ve etkinlik açısından sorunlar barındırmaktadır. Sigortalılar için de sistem tam finansal kapsayıcılık anlamı taşımaz ve belli ilaç ve hizmetlere ulaşmak için belirgin miktarlarda "cepten ödeme" yapmak zorunda kalınmaktadır. Her bir sigorta bünyesindeki cepten ödemeler eşittir ve gelir düzeyinden bağımsızdır. Bu

nedenle düşük gelir grubundaki sigortalılar için bu ödemeler hizmete erişimin önünde önemli bir engele dönüşmektedir. 2002'de toplumun %38'inin hane bireylerinden en az birinin ihtiyacı olduğu halde tıbbi tedaviye erişemediği, %27'sinin hekime ulaşamadığı ve %33'ünün istenen testleri yaptıramadığı bildirilmektedir. Krizler nedeni ile kayıtlı istihdamın giderek azaldığı ülkede sigortasızların sayısı ile birlikte devlet hastanelerinin yükü de artmaktadır. Yoksul kesim ise işsizliği artıran krizlerin en ağır vurduğu gruplar olmakta, sigortasını kaybetme ve kapsayıcılık dışında kalma oranı yoksul olmayan kesime göre üç kat daha yüksek seyretmektedir (**WB, 2003a**). İlaçları satın alacak paranın olmaması veya tıbbi bakım için gerekli olan cepten ödemeleri yapamamak, hizmete erişememenin önündeki temel engellere dönüşmektedir. Hanelerin %66'sı hizmete erişimin önündeki engel olarak en sık yaşadıkları sorunu "para olmaması" şeklinde tanımlamaktadır (**WB, 2003a**).

Sağlık harcamaları içinde ilaç harcamalarının payı 1997'de %25'tir. Kişi başına harcama 150 dolar olarak hesaplanmıştır. Bu harcamanın %73'ü cepten ödemeler şeklinde olurken kalan %27 kamu veya özel sigortalar aracılığı ile gerçekleşmiştir. 1991 sonrasında ilaçların fiyatları giderek artmıştır. 1992-96 arasında satılan ilaç sayısı birim olarak %18,72 azalırken ilaca harcanan para %41,51 artmaktadır. Kutu başına maliyet artışı ise %68,16'yı bulmuştur (**LACHSR, 2002a**). İlaç fiyatları kriz sonrası çok daha ciddi bir artışa uğramış, ödemeleri yapılmayan ilaç şirketleri ülkeye ilaç vermeyi reddetmiştir. Başbakan Duhalde, PAMI'nin 600 milyon doları bulan borcunun 100 milyon dolarının ilaç firmalarına ödeneceğini ve ilaçta fiyat kontrolü uygulamasının getirilmeyeceğini taahhüt etmek zorunda kalacaktır (**Rogers, 2002**).

1980-95 arasında yataklı hizmet birimleri %10 artarken ayaktan bakım birimleri %100 artmıştır. Yapıların büyük bir kısmı özel sektöre ait olup aynı dönem için özel sağlık kurumlarının sayısı 4039'dan 8873'e, kamuya ait kurumların sayısı 4648'den 6971'e çıkmıştır. 1995'e gelindiğinde yataklı veya ayaktan bakım hizmeti veren kurumların %55,2'si özel sektöre aittir (**Belmartino, 2000**). Bugün 17 845 sağlık kurumunun %56'sının, toplam 153 065 yatağın %43'ünün sahibi özel sektördür. Yerel kamu hastaneleri toplam sağlık kurumlarının %28'i olup, yatak sayısı toplamın %41'ine eşittir. Yerel kamu hastanelerinin esas olarak sigortasızlara hizmet vermek üzerindeki planlandığı göz önüne alınacak olursa eyaletlerdeki sigortasız sayısı arttıkça yatak sayısının aynı oranda artması beklenebilir. Ancak yoksul ve sosyal güvencesiz birey sayısı arttıkça böylesi bir artış yerine tam tersine azalış ve negatif bir ilişki göze çarpar (**WB, 2003a**).

Arjantin'de sağlık insan gücü açısından düzenli olarak güncellenen ulusal bir kayıt sistemi yoktur. 2006'da toplam hekim sayısının 108.800, hemşire sayısının 29.000 olduğu tahmin edilmektedir. 1000 kişiye düşen hekim sayısı 3,01, hemşire sayısı 0,80, yatak sayısı 4,1 olan şanslı ülkeler arasındadır (**WHO, 2006**). Ancak başkentle diğer kentler ve varlıkla yoksul eyaletler arasında son derece

eşitsiz bir dağılım söz konusudur (Belmartino, 2000a). 1985'te çalışan nüfusun %4'ü sağlık alanında istihdam edilmiştir. 400 bin kişiye karşılık gelen bu sayının sadece 90 bini hekimidir. Ebe sayısı 4 bin, hemşire sayısı 16 bin iken psikologlar 25 bini, teknisyenler 90 bini ve idari kadrolar 90 bini bularak sağlık işgücü dağılımındaki bozukluğun da resmini yansıtmaktadır (Belmartino, 2000a).

Aşırı uzmanlaşma, kalifiye elemanların kentlerde ve hastanelerde yoğunlaşır kırsal ve yoksul alanlarda eleman eksiklikleri yaşanması, sağlık çalışanlarının kamuda yarı zamanlı çalışıp özel veya sigortaya bağlı kurumlarda ek gelir sağlaması, özele hasta çekerken kamunun imkanlarının kullanılmasında, yardımcı sağlık personeli yetiştirilmemesi ve mevcut elemanların performanslarının kötü olması, kamu sağlık alanındaki istihdam sayı ve tipine Maliye Bakanlığının karar vermesi gibi son derecede tanıdık sorunlar sadece Arjantin'de değil pek çok Latin Amerika ülkesinde görülmektedir (Homedes, 2005).

Desantralize hastaneler mevcut yapılanma içinde personel hareketlerini şekillendirmekten sorumludur. Personele aylık olarak ödeme yapacak bir fonun oluşturulması görevi de hastane yönetimine aittir. Ancak bu fona ilişkin düzenlemeleri, kurumun üretkenliği ve verimliliğine göre yerel otorite yapmaktadır. Yerel sağlık örgütlenmesi, hem sağlık bütçesinin yönetimi hem de sağlık personelinin istihdam ve hareketliliği noktalarında önemli yetkilerle donatılmış durumdadır (LACHSR, 2002a).

### III. REFORMLAR VE SAĞLIK

#### A-TARİHSEL SÜREÇ

**1960-90 arasındaki değişim:** Bu dönem; sistemin özellikle yoksullara sağlık hizmeti sağlamaktan sorumlu olan kamusal kısımdaki daralmayla karakterizedir. Bu daralma finansal kısıtlamalar yanı sıra teknik ve yönetsel etkinlikteki azalmayı da kapsar. Bu düşüşe, zorunlu sosyal sigorta alanındaki büyüme ve hizmet sunumu açısından özel sektörün genişlemesi eşlik eder. 1970'teki yasal düzenleme ile çalışanlar için zorunlu hale getirilen sigorta sistemi; hizmeti ya kendi kurumlarında ya da sözleşme yaptığı özel sektörde sunmaktadır. Farklı ticari alanlardaki sendikaların kendi sigortasını kurması, kendi hizmet sunucularını oluşturması veya sözleşme yapması ile iyice parçalı bir hal alan yapının merkezden kontrolü ve düzenlenmesi zayıftır. Sigortalar arasında, kayıtlı kişi sayısı açısından ciddi eşitsizlikler bulunmaktadır. Finansal ve kurumsal eşitsizlikleri gidermeye yönelik olarak oluşturulan düzenleyici üst kurumlar bu konuda başarılı olamamıştır.

Özel sektör; hekim, teknoloji ve donanım açısından giderek büyür. Sistem; arz tarafında tıbbi birlikler ve özel hastane sahiplerinin, talep tarafında ise sendikal yapıların kontrolü altındadır. 1973, 1978 ve 1985'te OS'lerin gücünü zayıflatmaya yönelik uğraşlar sendikaların güçlü muhalefeti ile durdurulur. Sistemi modifiye etme

uğraşındakiler, bu kez OS'leri yerelleştirerek, genişlemeyi buradan sağlamayı hedefler. 1980 sonrası dönem, tamamlayıcı sigorta olarak veya OS'lerin yerine geçecek şekilde, özel sigortacılığın sistemdeki payının artmasının hız kazandığı yıllar olur (Belmartino, 2002b).

**1990'ların reformları ve alınan dersler:** Arjantin'deki durum IADB (Inter-American Development Bank) tarafından "1990'larda Latin Amerika'da sağlık sistemlerinde gerçekleşen en büyük dönüşüm" olarak tanımlanmaktadır (Barientos, 2000).

1990 öncesinde sağlanan toplumsal muhalefet sayesinde, hükümetler tarafından getirilen reform paketleri uygulanamaz. Ancak endüstrideki gerileme ve neoliberal politikalar, sendikaların ve kamu çalışanlarının etkisini azaltmayı başarır ve geleneksel sosyal güvenlik uygulamalarının sorgulanmasına neden olur (Barientos, 2000).

Arjantin'de 1990'ların sağlıkla ilgili reformlarının ana temaları; kamu hastanelerinin verimlilik ve yönetiminin geliştirilmesi, SNSS'yi modernleştirme ve sigortaları (OSN ler ve PAMI) yeniden yapılandırma, belirli ulusal programları güçlendirme (anne çocuk sağlığı, HIV/AIDS ve ulusal sürveyans sistemi) ve yerel sağlık reformlarında ilerleme idi (WB, 2003b).

Bu reformlar; özel sağlık sigortacılığını düzenlemeyi ve onların hem kendi aralarında hem de ulusal sistemle rekabetini teşvik etme girişimiydi. Sağlık sistemindeki temel sorunlara yönelik yapısal veya işlevselliği artırıcı çözümler getirmemekteydi. Yoksul, sigortasız ve dezavantajlı gruplar temelde hizmeti yerelde örgütlenmiş ve merkezden bağımsız kamusal yapılardan almaktaydı. Ancak değişiklikler ulusal SNSS'de yapılmaktaydı. Bu değişiklikler, merkezdeki düzenlemelerin yerele yansımaması nedeni ile başarısız müdahaleler olmaktadır (WB, 2003b).

Arjantin'deki sağlık örgütlenmesinde, geleneksel bir sağlık sisteminde bulunan yapılar dışında pek çok farklı aktör yer almaktadır. Bu yapıda; çeşitli profesyonel örgüt, sendika ve politik aktivitelerle yakın ilişkide olan 300 OSN, emekliler için ayrı bir sigorta (PAMI), her biri kendi yerel Sağlık Bakanlığına sahip 24 eyaletteki (her biri bağımsız) 24 yerel sigorta yapılanması (OSP), farklı sigorta şemalarına sahip özel sigorta şirketleri vardır. Bu asimetrik ve karmaşık yapıda finansmanı sağlayanlar, sigortacılar, hizmeti satın alanlar ve özelden veya kamudan hizmet alanlar güçlü bir bağ içinde yer alır ve sözleşmeler ağı ile birbirlerine bağlanırlar. Bu sözleşmeler sıklıkla ara kuruluşlar vasıtasıyla gerçekleştirilerek sisteme yeni bir karışıklık katmanı daha ekler. Bu karmaşaya, hızla bir reform monte etmek oldukça zor ve pahalıdır. Farklı aktörler arasındaki karmaşık düzenlemeler reforma aktarılabilecek parayı artırır. Bu yapı nedeni ile şeffaflıktan yoksun ve şaibeye açık durumlar ortaya çıkar. Örneğin sosyal güvenlikte ortaya çıkan ardışık krizleri, özel sektörün hemen hemen hiç yara almadan atlattığı olması, hizmetlerin bu dönemlerde sigortalılara tam olarak



sağlanmadığı şeklinde yorumlanmaktadır (WB, 2003b). Reformun sosyal güvenlik, hastaneler, yerelleşme ve sağlık çalışanları kapsamındaki boyutları ayrıntısıyla aşağıda irdelenecektir.

### B-SOSYAL GÜVENLİK REFORMLARI

Latin Amerika sosyal güvenlik tarihi ve örgütlenme biçimleri açısından oldukça zengin olmakla birlikte dünyada gelir dağılımının en adaletsiz olduğu kıtadır. Latin Amerika'da Arjantin gibi erken dönemde sosyal güvenlik sistemlerini geliştiren ülkelerde; gelir dengesi, geçmiş gelirin sağladığı gelecek faydaları, önceki ödemelerin korunması, maaşlardan kesinti yapılarak prim toplanmasını içeren Bismarck modeli temel alınmıştır. Belli işçi gruplarını kapsayan bu parçalı yapı 20. yüzyılın erken dönemlerinde hakim olur (Bertranou, 2005).

Ancak işsizliğin artması ve sosyal korumanın azalması son dönemde tüm Latin Amerika'da yaygınlaşır. Bugün formal sektörde olmak bile sosyal koruma mekanizmalarından yararlanmayı garanti etmemektedir. Sosyal güvenlik sistemlerince kapsanması gereken riskler ise ekonomik ortamdaki belirsizlikler ve değişkenliklerin yanı sıra emek piyasalarındaki farklılıklar nedeni ile de değişmektedir (Bertranou, 2005).

Sosyal güvenlik reformlarının,

1- Özel sağlık sigortacılık sektörünün düzenlenmesi ve sigorta şirketleri arasındaki rekabetin artırılmasını,

2- Faydalanan kişilere daha fazla tercih serbestliği getirilmesini,

3- Maliyetleri azaltmayı hedeflediği belirtilebilir (WB,2003b).

1990 sonrası yapılan sosyal güvenlik reformlarının temel amacı sendika tarafından yönetilen ve belli gruplar için monopol yapıda olan sağlık sigorta şemalarını birbirleriyle ve özel sektörle rekabet edebilir yapıya dönüştürmektir (Bariantos, 2000). Rekabet dayalı bu sistemin yarattığı sorunlarla baş edebilmek için iki politik araç kullanılır: 1. yeniden dağıtım sağlayacak bir fon ve 2. standart bir hizmet paketi. Reformların tamamlanmasının önündeki en temel risk ise, sigorta şirketlerinin yönetimini elinde bulunduran "sendikaların direnci" olarak belirtilir (Bertranou, 1999).

İlk aşamada reformlar, sigorta ile özel hizmet sunucuları arasındaki sözleşmeleri hem liberalize etmeyi hem de ilişkiyi netleştirmeyi hedefler. 1991 ve 1993'teki yasal düzenlemelerle OS'lere özelden hizmet alma ve sözleşme yapma serbestliği getirilir. 1996'da hükümet temel hizmetler paketini (PMO; Programa Minimo Obligatorio) açıklar. Bu paket; kişi başı aylık 40 dolarlık harcamaya denktir. Tüm fonlar bunu kapsamak ve karşılamak zorundadır. 1997'de ise sigorta seçme özgürlüğü getirilir ve 1998'de özel sigortaların rekabeti serbest bırakılır.

Sendikaların muhalefeti, "böl ve yönet" taktiği ile kırılır. Hükümete yakın olan sendikaların sigortaları DB'dan gelen 150 milyon dolar ve hazineye gelen 120 milyon dolardan faydalanabilirken, diğerleri bundan mahrum kalır (Bariantos, 2000). Örneğin 7 OS sistem gelirleri açısından borçların %9'una sahiptir ve toplamın sadece %5'ini kapsamaktadır ancak DB kredileri kapsamında verilen para yardımının %20'sini aldıkları görülür. Üstelik bu OS'lerin gelirleri de sistem ortalamasının bir hayli üzerindedir (Bertranou, 1999). Kısacası reforma dair planları olanlar bu destekten yararlanır. Bir sonraki adımda SNSS bünyesinde yer alan sigorta şirketlerinin teknik, finansal ve yönetsel anlamda güçlendirilmesi hedeflenir. Bunu başaramayanların kapanması veya birleşmesi istenmektedir. Böylelikle sistemin risk yönetimi ve ekonomisi düzelecektir (WB, 2003b). Ancak yeni yasal çerçeveye uyamayacak kadar küçük çaptaki sigortaların kapanması veya birleşmesi beklentisi karşılanmaz. OS sayısının 320'lerden 50-60'lara inmesi beklenir ama bu sayı 200'lerde kalır (Bertranou, 1999). Bugün hala hem ödeme hem de hizmet sunumu anlamında eşitsizlikler devam etmektedir. PAMI reformları açısından ise minimum kriterleri karşılamayan obrasların kapatılması veya birleşmesi süreci hala devam etmektedir (WB, 2003b).

Özel sektör, yasal gerekliliklerini yerine getirmeksizin korunaklı sosyal güvenlik sistemini penetre etmeyi başarır. Bu süreçte OS'ler bazı yönetsel işlevlerini özel sektöre devretmekle kalmamış adeta özel sektörün ön cephesi olarak etkin rol üstlenmiştir. Bu süreç devam ettiği takdirde pazara hibrid bir sigorta yapılanmasının hakim olması kaçınılmazdır (Bariantos, 2000).

Sistemin en önemli sigortacısı olan bir OS'nin sigortalı sayısı 1990'da 18,8 milyondan 1995'te 16,2 milyona, 1999'da 8,9 milyona düşmüştür. Burada 1990'larda yaşanan krizler nedeni ile işsizliğin giderek artması, kısa dönemli sözleşmeler yapılması ve yarı zamanlı işçiliğin artması da bu azalmada pay sahibidir. Özel sigorta kapsayıcılığı ise bu dönemlerde giderek artmıştır. Özellikle Amerikan HMO'ları ve Şili'nin ISAPRE'si bu alanın hakimi olmaya başlamıştır (Bariantos, 2000).

Seçim serbestliğinin tanınması ile daha çekici sigorta planlarına kayan gruplar genellikle gelir durumu daha iyi olanlar olmuştur. Sigortasını değiştirme kararı alanların %60'ı, sisteme katkıları ortalamasının üzerinde olan gruplardır (Bertranou, 1999). Bu durum eşitsizlikleri derinleştirmenin yanı sıra sosyal sigorta sisteminin risk havuzlama kapasitesini de zorlamaktadır (Bariantos, 2000). Seçim serbestliğinin karşılıklı olması sigortalayanların da risk seçme olasılığını ortaya çıkararak sorunu daha da derinleştirmektedir. Sigorta şirketleri tercih ettikleri risk gruplarını çekmeye çalışmakta, bu durumda özellikle kronik hastalıkları olanlar, iyi sağlık bakımına erişim konusunda sıkıntı yaşayabilmektedir (Bertranou, 1999). Yoksul ve dezavantajlı gruplar, özel sigortaların ilgisini zaten çekmemektedir. En ucuz paket aylık 100 dolardan başlamaktadır-ki bu para Arjantin'de ortalama bir vatandaş için yüksek bir rakamdır. Özel sigortalar düşük

riskli ve yüksek gelirli grupları tercih etmekte, OS ve devlet sigortası ise yüksek riskli ve düşük gelirli gruplara hitab etmektedir. Özellikle de gelir düzeyi yüksek gruplarda OS'nin sunduğu hizmet kalitesinden memnun olunmaması özel sigortaları satın almanın temel motivasyonudur (Bariantos, 2000). Her sigorta temel bir hizmet paketini sunmak zorunda olduğu için, sigortalar arasındaki rekabetin konusu, ücret veya risk seçimi yerine sağlanan sağlık hizmetinin kalitesine dayanmaktadır (Bertranou, 1999).

Reformların bir diğer amacı maliyetleri azaltma olarak belirtilmektedir ancak bu hedef sadece OS için yaratılmış görünmektedir. Bu amaçla OS'de hizmet başı ödeme yerine kişi başı ödemeye geçilmiştir. Özel sigortalar ise hizmet başı ödemeye devam etmektedir. Özellikle hizmet başı ödeme üzerinden hizmetler finanse edilirken, pazarlama stratejileri ve özel sigortaların satın almadaki rolü sağlık harcamalarını kısıtlamadaki etkinliği azaltmaktadır. Bu durum harcamaların özel sektör lehinde orantısız bir şekilde yükselmesine neden olmaktadır (Bariantos, 2000).

#### I. PAMI'nin Yeniden Düzenlenmesi-Emeklilerde Durum

Arjantin gelişmekte olan ekonomiler içinde en yaşlı nüfusa sahip ülkelerden biri olup son 30 yılda 65 yaş ve üzeri nüfus %7'lerden %10'lara yükselmiştir. Bu artış yıllara projekte edildiğinde 2020'de %15,2, 2050'de de %25,2 olması beklenmektedir. Buenos Aires kentinde 65 yaş ve üzeri nüfus bugün bile %17'lere ulaşmış durumdadır (Odasso, 2004). 20. yüzyılın ortalarından beri süregelen bu demografik yapı, ülkenin yaşlı nüfusa dair politika üretme deneyimini geliştirmiştir. Ayrıca iyi eğitilmiş ve politik aktivizm deneyimi olan yaşlı jenerasyon, yaşlılık aylığı ve emeklilikle ilgili süreçlerin müdahili olmuştur. Ancak 1990'lara kadar devam eden koruyucu ve kolektif refah devleti rejimi, tüm Latin Amerika'nın ve ötesinin maruz kaldığı ortak kader sonucunda, daha minimalist ve liberal devlet politikalarına ani olarak sarmıştır (Sherlock, 2003). 2001 krizi öncesinde yaşlı nüfusun %15'i yoksulluk sınırı altında yaşarken bu oran krizden sonraki yılda %31'e yükselmiştir. Belli bir özrürlülük düzeyindeki vatandaşları, sigortasız yaşlı nüfusu ve emeklileri kapsayan PAMI de son yıldaki değişimlerden payını almıştır (Odasso, 2004). PAMI aslında bir bakıma orta gelir grubu ülkelerde yaşlılar için sağlık finansmanı açısından türünün tek örneğidir (Sherlock, 2003).

PAMI'nin tarihsel süreçteki gelişimine bakılacak olursa; dönemin askeri iktidarı 1971'de PAMI'yi kurarken, toplumsal desteği geri kazanmayı ve bu sayede 1973'teki seçimlerde gelecek sivil iktidarla beraber sonraki demokratik yapılanma içinde rol alabilmeyi amaçlamıştı. Emeklilerin, sendikalar tarafından yürütülen OS yapısı içinden ayrılmasının, örgütlü işgücünün sempatisini kazanacağı düşünülmüş, geniş ölçekli bir refah inisiyatifi olacağı hayal edilmişti. Ancak PAMI, Arjantin sağlık sistemi tarafından zaten hiçbir zaman kapsanmamış olan yaşlılara ulaşma sorumluluğunu taşımadı. 1970'lerde 60 yaş üzeri

nüfusun yarısı sigortasızdı. PAMI'de kapsayıcılık sorunlu olmakla beraber, hizmet içeriği oldukça genişti. Çeşitli kesintiler yolu ile düzenli para akışı sağlanıyor ve kaynak sıkıntısı yaşanmıyordu. Birinci, ikinci ve üçüncü basamak hizmetler karşılanıyor, pek çok ilaçta ciddi indirimler sağlanıyordu. 1970 ve 80'lerde PAMI'nin hem sigortalı sayısı, hem de kapsanan tıbbi hizmetler arttı. 1989 ve 1993'te artış iyice ivmelendi. Acil gıda yardımı, cenaze masrafları, gün merkezleri ağının kurulması gibi sosyal hizmet alanları da PAMI'nin finansmanı kapsamına alındı. Sadece yaşlı emekliler için bir fon sistemi olmaktan çıkıp toplumun yardıma muhtaç tüm kesimlerini (özürlüler, 7 çocuktan fazla çocuğa sahip kadınlar) karşılar oldu. Çünkü Arjantin bu dönemde hiperenflasyon krizlerinin yarattığı ciddi bir yoksullaşma ile karşı karşıyaydı. Otonom bir OS olmakla birlikte yöneticiler hep politik atamalarla başa gelmekteydi ve bu yöneticiler de PAMI'nin sınırsız kaynaklarını kendi politik kariyerleri için kullanmaktaydı. Oysa bu paralar geçmiş yılların birikimi idi. Kurumsal krizin başlangıcı 1994'tü ve açık yıllık 400 milyon dolara ulaşmıştı. Hazineden acil transferlerle açık kapatıldı. Menem hükümetinin maaşlardan PAMI'ye yapılan kesintiyi %2'den %1'e çekmesi krizi artırdı. Arjantin işgücünü uluslar arası rekabet unsuru yapma politikaları kayıtlı istihdamı azalttı ve 1990'da %7'lerde olan işsizliğin 1995'te %18'lere yükselmesi ile sonuçlandı. PAMI'nin ve Obras Sociale'lerin kaynakları iyice daraldı (Sherlock, 2003).

PAMI'nin hesapları ilk kez 1994'te incelendi. İhale yolsuzlukları, rüşvet, "hayalet çalışanlar", 1997 seçim kampanyalarına aktarılan paralar, siyasi kadrolaşma, aşırı faturalama, PAMI yöneticilerinin yakınlarının sözleşmelerde kayırılması gibi PAMI'nin içte ve dışta pek çok sorunları ortaya döküldü. Politik etkilere açık ama teorik olarak bağımsız ve bu nedenle kamuya hesap vermekten koruyan yapısı, PAMI'yi bu noktaya getirmişti. PAMI'nin ödediği para, daha hizmet sunuculara ulaşmadan, yapılan anlaşmalar sırasında komisyoncu ara kuruluş ve kişilere aktarılmaktaydı. Bu sistem hem yönetimi, hem kontrolü oldukça zor ve pahalı bir model olmasına karşılık DB tarafından çok beğenilmekte ve savunulmaktaydı (Sherlock, 2003).

PAMI'nin kapsadığı hizmetler listesi oldukça uzun olup pek çok gelişmiş ülkede rastlanandan daha kapsamlıdır. Ancak PAMI'nin yıllık kişi başı sağlık harcaması bu geniş kapsama göre 500 dolar gibi bir seviyededir. Bu durum hizmet kapsamının sunucular tarafından daraltıldığını düşündürmektedir. Ayrıca PAMI'nin hizmet sunuculara olan borçları yüzünden PAMI sigortasına sahip olanlar sağlık kurumlarından reddedilmektedir (Sherlock, 2003).

PAMI'nin 1990'larda ulaştığı bütçe yıllık 2 milyar dolardı ve ülke nüfusunun %11'ine karşılık gelen 3,5 milyon kişiyi kapsamaktaydı. Ancak 1994'te hükümet acil yardım sübvansiyonları ile PAMI'yi desteklemek zorunda kaldı. Bölgesel kötü yönetim ve politik söylentilerin PAMI'yi vurması bu döneme rastlar (Sherlock, 2003).

Aslında PAMI sistemdeki tüm diğer organizasyonları rahatlatan bir sorumluluğu üstlenmekteydi. Ne devlet, ne OS'ler, ne de özel sektör PAMI'nin hizmetlerine talip olmaya niyetli değildi. 1999'da Buenos Aires'te yaşayan 60 yaş üzeri nüfusun %15'i tamamlayıcı sigorta yaptırmıştı ancak bunların hem primleri daha yüksekti hem de sadece sağlık durumları iyi olanlar sigorta şirketleri tarafından kabul edilmişti. Pek çok firma, yaşlıları sigortalamayı reddetmekteydi. 1995'te çıkan yasa ile PAMI'dekiler isterse OS sigortalarına geri dönebileceklerdi. Bu dönüş sadece eski OS'leri daha avantajlı olan 500 bin kişiye yaradı. Geçmişte küçük ve yoksul OS'lerin üyesi olmuş yaşlılar ise PAMI'de kalmayı yeğledi (Sherlock, 2003).

PAMI özel sektörle yapılan sözleşmelerde boşluklar bulunduğu ve etkin düzenlemelerin olmadığı iddiasındaydı. Ayrıca ilaç kullanımında rasyonelasyon istemekteydi. İlaç sanayi ve özel hastaneler ticari çıkarları açısından PAMI'ye direnç koymaktaydı. Bu nedenle; PAMI'de kargaşa yaşanması, bu sektörlerin ticari çıkarları açısından oldukça iyi bir gelişmeydi. Hükümetle yakın ilişki içindeki bu grupların etkisi ile politika yapıcılarının kurumu düzeltmedeki istekleri de hep zayıf oldu (Sherlock, 2003).

Bugün PAMI kapsamında hizmete erişen nüfus, akut tedavi hizmetlerinde bile uzun kuyruklarda, huzurevleri için veya elektif cerrahi uygulamalar için çok daha uzun süreler beklemek zorundadır. Sağlık kurumları veya huzurevleri, borçlarını çok geç ödeyen PAMI'nin hastalarını kabul etmekte isteksiz ve duyarsız kalmaktadır (Odasso, 2004).

### C-DEVLET HASTANELERİ REFORMU

1990'lar boyunca hükümetler, otonom devlet hastanelerinin kurulması için reformlar yaptı. Devlet hastanelerinde çıktı-temelli yönetimin gelişmesini sağladı. Bu süreçten yıllar önce ortaya çıkan sağlık sektöründeki yerelleşme, bu geçiş açısından temel oluşturdu. Hastanelerin bu süreçteki en önemli endişesi, ulusal sosyal güvenlik kurumlarından yapılacak geri ödemelere ilişkindi. 1993'te çıkarılan bir yasa ile sigorta şirketlerinin SSS yolu ile otomatik geri ödeme yapması sağlandı. Bu durum; reformlar açısından önemli bir tetikleyici unsur oldu. Çünkü o döneme kadar OSN ve PAMI, sigortalılarının hastanelerden aldığı hizmetleri ödeme açısından yasal bir zorunluluk altında değildi (WB, 2003b).

Sağlık Bakanlığı; bölgeleri, yeni hastane politikalarını uygulama konusunda güdülendirmeye çalıştı. Yerel düzeyde reformlara destek anlamında yapılan uygulamalara dış yardım (PRESSAL: DB kredisi) sağlanarak, 3 bölgedeki 15 kamu hastanesi donanım ve teknik yardımla desteklendi. 2000'lerde yapılan değerlendirilmede bu girişimin pek bir değişim yarattığı söylenememektedir. Bölge yönetimleri, hastanecilik uygulamalarında iyileştirme sağlamak yerine geri ödemeleri garanti edecek yasal anlaşmaları gerçekleştirmeye odaklandı. "Yönetimsel iyileştirme" adı altındaki reformların ciddi oranda bir çalışan direnci ile karşılaşılacağı endişesiyle, 1999'daki

ideolojik tartışmanın sonucu olarak "Otonom Hastaneler" yerine "Yerelleşmiş Yönetimleri Olan Devlet Hastaneleri" olarak yeniden adlandırıldılar (WB, 2003b).

Yapılan yasal düzenlemelerle sigortalıların da devlet hastanelerini kullanabilmesi ve sosyal güvenlik kurumlarının hastanelere geri ödeme yapması bu hastaneler açısından oldukça cazip bir durum yaratmıştır. Hastaneler kuruluş amaçları olan sigortasızlara hizmet vermek yerine olabildiğince çok sigortalıya hizmet verip bu sayede çekirdek bütçelerine (genel vergilerden sağlanan), sosyal güvenlik kurumlarının geri ödemeleri ile katkı sağlamayı amaçlamaktadırlar. Bu durum sigortasızların aleyhine bir yapılanmanın teşvik edilmesi anlamına gelmektedir (Barrantos, 2000).

DB tarafından önerilen program çerçevesinde, hastanelerin gelirlerinden küçük bir kısmını yerelde örgütlenecek ortak bir fona aktarmaları ve ihtiyaçlarını bu fondan karşılamaları istenmiştir. Ancak 2002'de varılan noktada, bu fikrin hastanelerin %91'inde uygulanmadığı ve pek itibar görmediği DB tarafından da itiraf edilmiştir. Yapılan hastane reformlarının; yönetim sistemlerine veya yerelin sorumluluğunu iyileştirmeye katkısı da gösterilememiştir (Sherlock, 2005).

### D-DEVLETİN YENİDEN YAPILANMASI

Arjantin'deki toplam sağlık harcamasının %25'i yerel idarelerin ellerine bırakılmıştır. Finansmanı sağlayan, sigortalayan, hizmeti ödeyen ve sağlayan olarak karar onlarıdır. Ayrıca bölge idareleri devlet hastaneleri ağıının %60'ının da kontrolünü elinde tutar. OSP'lerin yönetimi de doğrudan onlara bağlıdır. OSP'ler yerel düzeydeki temel sigortacılarıdır. Aksine merkezin finansman, satın alma ve hizmeti sunma açısından doğrudan rolü çok azdır. Sağlık Bakanlığı toplam sağlık harcamasının sadece %3'ünü kullanır ve hastaneler ağıının %1'inden azını, hastane yataklarının ise %1,5'ini yönetir. Ancak ulusal düzey SNSS'nin düzenleme ve işleyişlerinden sorumludur ki SNSS tüm toplumun 1/3'üne ve sağlık harcamalarının da %25'ine hakimdir. Ulusal düzeydeki sigorta şirketlerinin (OSN ve PAMI) başı olması açısından SSS'nin de rolü göz ardı edilemez. SSS'de alınan kararlar ve SNSS'nin performansı devlet hastaneleri ağını doğrudan etkiler. Örneğin ülkedeki sağlık hizmeti satın alıcılarının içinde en büyüğü olan PAMI, yerel düzeyde bölge idareleri ile "oyunun nasıl oynanacağı" belirleyen kurum olmaktadır (WB, 2003b).

Merkez; yasal düzenleyici ve sağlık hizmetlerinin yöneticisi olmakla birlikte, yerel hükümetler, vatandaşlarının sağlık hakkına sahip çıkma işinden sorumludur. Yerel sorumluluk ve ilerlemeler ulusal önceliklerle eklemlenmektedir. Böyle bir yapılanma içinde yerelin gücünü ve rolünü önemsemeyen reformlar yanı sıra sadece ulusal düzeyde uygulanan ve tanımlanan projeler de aynı başarısızlığa mahkum olmuştur (WB, 2003b).

Hükümetin sağlık sektöründeki etkisi ulusal programların yürütülmesi ve uluslararası işbirliği anlaşmalarında da ortaya çıkmaktadır. Buralardan yerele aktarılan kaynaklar çok büyük öneme sahiptir. Katı yerel bütçelere önemli bir serbestlik ve esneklik sağlamaktadır. Ancak sektör yerel-merkez ilişkisini etkin hale getirecek gereçlerden ve yapısal organizasyondan yoksundur. Başka sektörlerde var olan yasal çerçeve veya yatırımları, politikaları tanımlayan tartışan konseyler (örneğin; eğitim) sağlıkta yoktur. 1981'de oluşturulan Federal Sağlık Konseyi (COFESA) ise etkin bir rolü üstlenmesini sağlayacak yasal veya işlevsel katkıdan yoksundur. Bu durumun sağlık harcamalarının çok az bir yüzdesinde doğrudan söz hakkı olan Sağlık Bakanlığı'nın bir birimi olarak, tanımlanmış bir takım işlevleri yapmaya çalışmasından kaynaklandığı belirtilmektedir (WB, 2003b).

Bu alanda yapılan reformlar Dünya Bankasının yerel reformlar için borçlar ("Provincial Reform Loans" PRL) operasyonu ile bağlantılı olarak gerçekleştirilmiştir. Sigortası olmayan kesimler için sağlık hizmet kullanımını garanti etme ve bu hizmetleri geliştiren sağlık provizyon şemalarının oluşturulması programın hedeflerinden biri olarak belirtilmektedir. Hastanelere otonomi kazandırmak ve performanslarının iyileştirilmesi için gerekli yasal ve finansal düzenlemelerin yapılması da amaçlar arasındadır. PRL, OSP'lerde (Obras sociales provinciales-yerel OS'ler) finansal dengenin sağlanmasını da desteklemektedir. Tüm bu yetki devirleri için elbette yerel Sağlık Bakanlığı örgütlerinin (Provincial Ministries of Health) yasal ve eylemsel kapasitesinin güçlendirilmesi gerekmektedir. Maliye Bakanlığının ve dış "desteklerin" tüm baskısına rağmen, ülkenin diğer kurumsal yapıları yanı sıra, yereldeki sağlık örgütlenmesindeki kararsız ve değişken yapı, hem reformları hem de bunların sürdürülebilirliğini imkansız kılmaktadır. Borç akışı durduğunda programlar da durmaktadır (WB, 2003b).

### E-SAĞLIK ÇALIŞANLARI VE REFORM

DB 1987'de sağlık alanında finansmana dair dört değişim önermekteydi: kamu kurumlarında cepten ödemelerin yerleştirilmesi, sigorta veya başkaca risk paylaşım sistemlerinin oluşturulması, kamu dışı kaynakların daha etkin kullanılması, kamu sağlık hizmetinin planlama, bütçe ve sunumunun desantralize edilmesi. Bu reformlar, özel sektörün kamudan daha verimli olduğu ve yerleşmiş idari birimlerin merkezi hükümetlere kıyasla nüfusunun ihtiyaçlarına daha hızlı yanıt verebilir donanımda olduğu inancına dayanır. Hükümetler kamusal finansmanı temel hizmet paketine sınırlamalı ve maliyet etkinlik çalışmaları ve ülke vatandaşlarının ödeme gücüne bağlı olarak bu paketin kapsamını belirlemelidir. Merkezin rolü, sağlık pazarını düzenlemekten ibaret olmalıdır (Homedes, 2005). Tüm bu öneriler sağlık insan gücü alanındaki sorunlara çözüm olmamasının yanı sıra yenilerinin de eklenmesine neden olmuştur. Sağlık çalışanları esnek işgücü içinde yerlerini

almaya başlamıştır. Çok iş az çalışanla yapılmaya çalışılmış, sorunlar baş göstermişse geçici veya sözleşmeli personel olarak sorun çözülmeye çalışılmıştır. Alım gücü azalan çalışanlar hastalardan yasal olmayan ücretler almak, hastaları kamudan özele yönlendirmek, kamu kaynaklarını kendi çıkarları için kullanmak ve kamuda üretkenliklerini kısıtlamaya yönelebilmştir. Özelleşen hizmetlerde sağlık insan gücüne dair veri toplamak imkansızlaşmakta planlama yapmak da mümkün olmamaktadır. Çalışma koşulları açısından ciddi farklar bulunan eyaletlerden daha iyi koşullar sunabilenler tercih edilmekte, yoksul belediyelerden zengin bölgelere adeta beyin göçü olmaktadır. Özel sektör de benzer bir göçü kamudan sağlamaktadır.

Hemşireler çalışma ortamında stresin arttığı, iş doyumunun azaldığı, esnek sözleşmeler nedeniyle iş güvencesinin zedelendiği, malpraktis kaygılarının arttığı, başka kurumlara geçiş olduğu, eğitimini almadıkları yeni bürokratik görevler yapmak zorunda kaldıklarını bildirmişlerdir. Çok daha fazla işi az zamanda tamamlamak, pek çok yazılı doküman hazırlamak, faturalama yapmak ve hasta bakımına daha az zaman ayırmak zorunda kalmışlardır (Homedes, 2005).

Reformlar; sigortacılık, sözleşme yazma ve inceleme, performans izleme, performansa dayalı sistemler kurma ve gelişimi değerlendirme becerisine sahip yöneticilere ihtiyaç duymaktadır. Sistemin desantralize edilmesi bu yönetici sayısını daha da artırmaktadır. Pek çok reform projesi, yönetici eğitimlerini de içermektedir. PAHO bu eğitimlerin sistem performansını değiştirip değiştirmediğini incelediğinde, harcanan onca paraya rağmen sonuçların pek parlak olmadığı görülmüştür.

Reformlar sağlık hizmetini toplumun ihtiyaçlarına yanıt vermekten uzaklaştırmış, sağlık çalışanlarının üretkenliğini ve verimini azaltmış, çalışma koşulları ve çalışan motivasyonlarında kötüleşme yaratmıştır. Rekabet ortamı ise beklenenin aksine hizmet kalitesini düşürmüştür.

### SONUÇ

Arjantin sağlık sistemi; çok parçalı ve çok aktörlü yapısı, hastane temelli örgütlenmesi, kaygan istihdam zemininde varılmaya çalışan sigortaya dayalı sosyal güvenlik sistemi ve eyalet yapılanmasından kaynaklanan sorunlarla baş etmeye çalışmaktadır. Reformlar; sağlıkta hakkaniyeti sağlama ve sistem verimliliğini artırma gerekçelerine dayandırılmakta, temel teminat paketi, özel sağlık ve özel sigortacılık hizmetlerinin yaygınlaştırılması ve yerelleşme gibi bilindik neoliberal müdahaleler sorunların çözümü olarak gösterilmektedir. Ülkenin sosyoekonomik durumundaki kötüleşme ve buna eşlik ederek artan sağlık riskleriyle örtüşmeyen bu sağlık ortamı, eşitsizlikleri derinleştirmek yanı sıra sağlık çıktılarının daha da kötüleşmesine yol açacaktır. (Uribe, 2002; Homedes, 2005; Belmartino, 2000a; WB, 2003a).

## KAYNAKLAR

**Belmartino S.** (2000a) Reorganizing health care system in Argentina, in Reshaping health care in Latin America, Edited by Sonia Fleury, Susana Belmartino and Enis Baris, IDRC

**Belmartino S.** (2000b) The Context and Process of Health Care Reform in Argentina, in Reshaping health care in Latin America, Edited by Sonia Fleury, Susana Belmartino, and Enis Baris, IDRC

**Bertranou FM., Duran OJ.** (2005) Social protection in Latin America: the challenges of heterogeneity and inequity *International Social Security Review*, Vol.58, No. 2–3.

**Barientos A., Sherlock PL.** (2000), Reforming health insurance in Argentina and Chile *Health Policy and Planning*; 15(4); 417–423

**Bertranou FM.** (1999) Are market-oriented health insurance reforms possible in Latin America? The cases of Argentina, Chile and Colombia, *Health Policy* 47; 19–36

**Bosch SJ.** (2000) Is Argentina ready for managed care? *Journal of Community Health* Vol 25, No:2.

**CIA** (2007) Argentina, -The World Factback-Argentina.htm, 8 Aralık 2007

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

**Isıklı A.** (2005) Neoliberalizmin Latin Amerika serüveni, (3): Arjantin'de Kirchner *Türk-İş Dergisi* 2005, sayı; (367), Mayıs-Haziran, 50–56.

**LACHSR** (2002a) LAC Health Sector Reform Initiative Profile of the Health Services System of Argentina [www.lachsr.org/documents/healthsystemprofileofargentina-EN.pdf](http://www.lachsr.org/documents/healthsystemprofileofargentina-EN.pdf)

**LACHSR** (2002b) LAC Health Sector Reform Initiative Analysis of health sector reforms <http://www.lachsr.org/documents/analysisofhealthsectorreformsintheregionoftheamericas-EN.pdf>

**Odasso MM., Przygoda P., Redondo N.** (2004) Health care for older persons in Argentina: A country pro-

file *Journal of American Geriatrics Society* 52:1761-1765.

**PAHO** (1998) Argentina in Health in the Americas, 1998 edition, Vol II <http://www.paho.org/english/HIA1998/Argentina.pdf>

**PAHO** (2007) <http://www.paho.org/English/sha/prflarg.htm>

**Sherlock PL.** (2003) Financing health services for pensioners in Argentina: a salutary tale, *International Journal of Social Welfare*, 12: 24-30

**Sherlock PL.** (2005) Health Sector Reform In Argentina: A Cautionary Tale *Social Science and Medicine* 60, 1893–1903

**Sherlock PL.** (2006) When social health insurance goes wrong: Lessons from Argentina and Mexico, *Social Policy and Administration*, Vol 40, No:4.

**Rogers GI.** (2002) Argentina's economic collapse creates serious problems for health services *The Lancet*, Vol 359.

**Tanla B.** (2002) Arjantin raporu [www.belgenet.com/rapor/arjantin.html](http://www.belgenet.com/rapor/arjantin.html)

**Uribe JP, Schwab N.** (2002) The Argentine health sector in the context of the crisis in Argentina—crisis and poverty 2003, Background paper No:6.

**WB** (2003a) Chapter 1: Sector Analysis in The Health Sector in Argentina: Current Situation and Options for Improvement, ed. Human Development Department, Argentina, Chile, Paraguay, and Uruguay Country Management Unit, Latin America and the Caribbean Region.

**WB** (2003b) Chapter 2. The past and future of health reforms in Argentina *The Health Sector in Argentina: Current Situation and Options for Improvement*, ed. Human Development Department, Argentina, Chile, Paraguay, and Uruguay Country Management Unit, Latin America and the Caribbean Region.

**WHO** (2003) Core health indicators; Argentina [http://www3.who.int/whosis/core/core\\_select\\_process.cfm?country=arg&indicators=nha&language=en](http://www3.who.int/whosis/core/core_select_process.cfm?country=arg&indicators=nha&language=en)

**WHO** (2006) Countries; Argentina <http://www.who.int/countries/arg/en/>