

## PANEL

LATİN AMERİKA'DA  
SAĞLIK REFORMLARI

Asa Cristina LAURELL\*

## 1. Giriş

Latin Amerika 1982 yılında Şili'de başlatılan neoliberal sağlık reformları için bir laboratuvar olmuştur<sup>1</sup>. Bunu takip eden yirmi yılda sağlık reformu hareketleri, devletin buradaki ülkelerdeki refah devletini tamamen yok eden büyük çaplı toplumsal reform hareketlerinin bir parçası olarak bölgeyi sarmıştır. Ancak Latin Amerika aynı zamanda sağlık hakkı, eşitlik, kamu finansmanı ve ücretsiz hizmet ilkelerine dayanan başarılı reform uygulamalarına da sahne olmuştur. 60'lı yılların başında Küba bu uygulamalara öncülük etmiştir ve hala bu yolda devam etmektedir. Neoliberal hareketlerin ortasında, Brezilya da 1988 yılında ilerlemeci bir reform programı başlatmıştır ve bugüne kadar sürdürmektedir.

Yeni yüzyıl, Latin Amerika genelinde, ulusal veya yerel düzeyde, ilerici güçlerin yükselişe geçişine ve hükümetlerde yer almasına sahne olmuştur. Bu sol veya merkez - sol hükümetlerin ilgilendikleri başlıca konu "toplumsal sorun"un çözülmesi olmuştur. Venezüella, Bolivya, Uruguay ve Ekvator ulusal düzeyde, Meksiko, Bogota ve Rosario'da yerel düzeyde örnekleri bulunan bu hükümetlerin çoğu için sağlık ve sağlık hizmetleri öncelik arz eden başlıca konular olmuştur. Diğer yandan neoliberal reformların çoğu, Şili ve Kolombiya'da olduğu gibi, başarısızlıkla sonuçlanmış ve 90'lı yıllarda Dünya Bankası tarafından desteklenen ve genellikle "ikinci nesil reformlar" çerçevesinde bulunan yeni reform hareketlerine yol açmıştır.

Yüzyılın son çeyreğinde birçok Latin Amerika ülkesinin dört aşamalı bir dönemden geçmesi ilginç bir gözlemdir. Evrensel insan hakları ve refah devleti kurulmasına ilişkin savaş sonrası anlaşmasının sorgulanmasıyla başlamıştır. İkinci aşamada sosyal hizmetlerin piyasa güçlerine bırakılması ve yoksulluk yardımlarının daraltılmasına yönelik saldırgan toplumsal reformlar gerçekleştirilmiştir. Üçüncü

aşama, toplumsal hizmetlerin üretimine ve bunun "yeniden uygulanması"na yönelik bir dizi reformun gerçekleştirilmesinde devletin görevinin "yeniden ifşa"sı olmuştur. Bazı ülkelerde dördüncü aşamada devletin masrafları mali kaynaklardan karşılanan kamu kurumları aracılığıyla toplumsal ihtiyaçları karşılamaya yönelik sosyal sorumluluğu tam olarak tanınmıştır.

Her ne kadar neoliberal reform hareketleri belli bir plana uygunluk gösterse de, daha önceki sağlık hizmeti yapısı ister istemez reformun içeriğini ve uygulama araçlarını etkilemektedir. Birçok Latin Amerika ülkesinde, devlet, sermaye ve işgücü arasında yapılan bir anlaşmaya dayalı ve böylece genellikle üç kesimli bir yapıya sahip olan Bismarck modeline uygun sağlık hizmeti sistemleri bulunmaktaydı. Örgütlü işçiler geniş kapsamlı sosyal güvenlik sağlık sigortasına bağlıyken, sigortasız nüfus Sağlık Bakanlığı hizmetlerinden, yüksek gelirli aileler ise özel sağlık sigortalarından yararlanmaktaydı. Sosyal güvenlik ve Sağlık Bakanlığı hizmetlerinin görece büyüklüğü örgütlü işgücünün sayısal ve siyasi önemine bağlıdır. Ayrıca, bazı ülkelerde, örneğin Meksika'da, kamu sosyal güvenlik kurumları kendi sağlık hizmetlerini sağlarken, bazı ülkelerde reform öncesi Brezilya'da olduğu gibi, bu kurumlar sağlık hizmetlerinde özel sektörle anlaşmalı kamu sigorta kurumları olarak çalışmaktadırlar.

Yapıların çeşitliliği, reform uygulamalarının zorluğu ve bütünleşik ve nüfusun büyük kesimini kapsayan sosyal güvenlik sistemlerinde reformlara karşı çok daha fazla direnç gösterilmesi açısından önemli olmaktadır. Ayrıca, özellikle Sağlık Bakanlığı hizmetlerinin çoğu zaman içerik ve kalite açısından oldukça yetersiz olduğu unutulmamalıdır.

## 2. Latin Amerika'da Neoliberal Sağlık Reformları

Neoliberal reformların içerdiği kavramsal farklılık sağlık ihtiyaçlarının kamu kurumları veya kamu sigortası yoluyla karşılanmasına dayanan bir modelden piyasa modeline geçişe yönelmeleridir. Bu model,

\*Dr.

kanıtlanamadığı halde hizmet sağlayıcısının hasta tarafından serbestçe seçilmesiyle makul bir rekabetin oluşacağı ve böylece daha kaliteli hizmet verileceği fikriyle doğrulanmaya çalışılmaktadır.

Benim anlayışıma göre bu önerinin ardında özel sektör için, özellikle sağlık fonlarının yönetimi ve hizmet sağlanmasında, yeni faaliyet alanlarının yaratılması yatmaktadır. Burada, sağlık fonlarının özel sektör tarafından yönetiminin öne çıktığının ve Şili ve Kolombiya örneklerinde göreceğimiz gibi sağlık hizmetlerinden daha karlı hale geldiğinin vurgulanması gerekmektedir. Bu durum, toplu fonların kamu sektörü tarafından yönetilmesinden bireysel fonların özel sektör tarafından yönetilmesine doğru kayan bir sosyal güvenlik sisteminin bölgede hakim olmasını sağlayacak emeklilik reformları eğilimiyle ve dünya ekonomisinde sermayenin egemenliğiyle uyum içerisinde.

Latin Amerika'ya neoliberal ekonomiye geçişin dayatılması, sonraki yıllarda her hükümeti IMF'nin yapısal uyum politikalarının uygulanmasına yönelik baskısını kabul etmeye zorlayan 1982-1983 yıllarındaki borç kriziyle başlamıştır. Bu politikalar, sağlık harcamalarını da içeren sosyal harcamalarda Sağlık Bakanlığı ve sosyal güvenlik hizmetlerine ciddi sınırlamalar getiren önemli kesintilerin yapılmasına neden olmuştur. Bir yandan, sağlık çalışanlarının ücret ve çalışma şartları şiddetli biçimde etkilenirken, diğer yandan düzenlemeler kamu sağlığı hizmetlerinde hızlı bir bozulmaya sebep olmuştur. Bu durum krizin ve krizi atlattırma yönelik önlemlerin "dolaylı zarar"ı olarak gösterilmiştir. Ancak, bir diğer açıklama sağlık hizmetlerinin kötüye gitmesi ve kamuoyunda itibarının azalmasının sağlık reformlarını kabul edilebilir hale getireceğidir.

Piyasa modelinin uygulanmasında gerekli olan yeni kurumsal bir düzenleme mükellef - tedarikçi ayrımıdır. Bu durum, ödeme işleri hizmetlerin sağlanmasından ayrılmadığı sürece iç veya dış piyasaların işleyebileceği bir alan yaratılmamasından kaynaklanır. Ayrıca, günümüzde sağlık hizmetleriyle ilgili en karlı faaliyet fonların yönetimidir ve uluslararası finans çevreleri tarafından bu alanın sigorta şirketleri veya Sağlık Koruma Kuruluşları aracılığıyla özelleştirilmesi talep edilmektedir.

Latin Amerika'da temel olarak, biri Şili, diğeri Kolombiya ve Meksika ile örneklenebilecek iki çeşit neoliberal reform hareketi gerçekleştirilmiştir.

Şili'deki reform hareketi biçimsel olarak zorunlu sağlık sigortasına ve iki ayaklı kamu sektörü - özel sektör isteminin kurulmasına dayanmaktadır. Özel sektör sisteminin sapreler adı verilen ve ödenen sigorta primine bağlı olarak değişen çeşitli "Sağlık Hizmetleri Paketleri" sunan sigorta şirketleri çevresinde yapılandırılmıştır. Tıbbi hizmetler özel sektör sağlayıcılarıyla yapılan anlaşmalarla belirlenmiştir.

Kamu sektörü sistemi Fonasa adı verilen bir sağlık fonu, kamu hastaneleri ve sağlık merkezlerinden oluşmaktadır. Temel kamu sağlık hizmetleri merkezi yönetime değil yerel yönetimlere bağlıdır ve kamu hastaneleri aslen özerk yapılarıdır.

Orijinal model sigortalıların özel sektör ve kamu sektörü arasında serbestçe seçim yapabilmelerini öngörmektedir. Buna karşılık, özel sektör sistemi kimi kabul edip kimi kabul etmeyeceğini salt ekonomik değerlendirmeye dayanarak, yani kimin kar getireceğine kimin getirmeyeceğine bağlı olarak seçme hakkına sahiptir. Bunun aksine, bir kamu hizmeti kurumu olarak Fonasa kimseyi reddetmemektedir. Bu düzenleme uç bir "olumsuz seçim" vakasına sebep olmaktadır. Özel fon yöneticileri yüksek prim ödeyen ve sağlık riskleri düşük olan müşterileri seçerken, düşük prim ödeyen ve sağlık riskleri yüksek olan kesimi kamu sektörüne bırakmaktadır. Burada sonuç, finansal ve teknik kaynakların yoğunlaştığı Isapre faaliyetinin yükselişi ve çok daha az kaynağın daha fazla sağlık sorunu olan ve yoksul kesime ayrıldığı aşırı yüklenmiş bir kamu sektörü anlamına gelmektedir.

Buna ek olarak, Isapre çeşitli dolaylı yollarla Fonasa tarafından sübvansede edilmiştir. Kişilerin sağlık sigortalarını her yıl yenilemesi şartı, bir yıl içinde kronik bir hastalığa yakalananların veya yüksek risk yaşına erişen kişilerin daha önceki Isapreleri tarafından kabul edilmeyerek Fonasa'ya dahil olmaları anlamına gelmektedir. Bir diğeri, bir Isapreye zorunlu sağlık sigortası primini ödeyen bir kişinin, Paketinde karşılanmayan bir hizmete ihtiyaç duymasıyla ortaya çıkmaktadır. Kişi, bu (pahalı) hizmetler için kendisini reddetmeyen kamu hastanelerinden yararlanmaya mecbur olmaktadır. Bu örnekler, Isapreler nüfusun az bir kısmına hizmet verdiği halde özel sektörün tüm sağlık sistemine temel bir zihniyeti dayattığını göstermektedir.

Bu reform, karların özelleştirilmesi ve maliyetlerin toplumsallaştırılmasını sağlayan bir değerler dizisidir. Piyasaya yönelik böyle ağır bir reformun yapılması askeri yönetim süresince sağlık çalışanlarının veya halkın herhangi bir protesto düzenlemesine izin verilmemesiyle mümkün olmuştur. Doktorlar, başta reformu desteklemiş, fakat daha sonra kendi çıkarlarından ziyade sigorta şirketleri veya büyük ticari hastaneler gibi özel sermaye sahiplerinin çıkarlarını korumaya yönelik olduğunu fark etmişlerdir.

Şili'deki yeni iki ayaklı sistemde, temel olarak fonların kamu sektörü ve özel sektör arasındaki dağılımında baştan beri artan bir eşitsizlik bulunmaktadır. 2004 yılı itibarıyla sağlık harcamalarının %38'i nüfusun %21'ini kapsayan Isaprelere ayrılmıştır, bu durum 90'lı yılların ortalarından bu yana benzer şekilde devam etmiştir. Isapreler %26 ile en yüksek katılım oranına 1995 yılında ulaşmış, bundan sonra 2006 yılında %16'ya kadar düşmüştür.

Neoliberal reformlardan beri sağlık hizmetleri sorunları artmıştır ve bazı anketlerde kamuoyunda Fonasanın İsaprelere tercih edildiği gözlenmiştir. Bu, kamu uygulamalarının kaynak kıtlığı durumlarında bile sağlık hizmeti bekleyen hastalar için daha memnun edici olduğunu göstermektedir. Sisteme yapılan ciddi eleştiriler ve İsaprelerin açıkça kar arayışında olmaları göz önünde bulundurularak, AUGÉ adı verilen yeni bir sağlık reformu Lagos hükümeti (2002-2006) tarafından başlatılmıştır. AUGÉ tüm sağlık fonlarının bir "Gerekli Hizmetler Paketi" sunmasını zorunlu kılmakta ve sağlık önceliklerini belirlemektedir. Ayrıca, yeniden vurgulanan kamu sağlığı kamu malı olarak değerlendirilirken bireysel sağlık hizmetleri hala özel mal olarak düşünülmemektedir. Ancak, İsaprelerin hala var olduklarının ve sadece en kötü istismaların, özel olarak sınırlı Sağlık Hizmeti Paketleri ile ilgili düzenlemelerle engellendiğini belirtmek gerekir. Bu deneyimden çıkarılması gereken ders büyüyen sağlık işletmesi finansal sermayenin dahil edilmesiyle kurulduğunda bunun çözülmesi ve kamu fonlarının - zorunlu sağlık sigortası - özel sektöre aktarılmasının önlenmesi çok zor olmaktadır.

Kolombiya ve Meksika'da gerçekleştirilen sağlık reformları, tasarımcıları Frenk ve Londoño tarafından "Yapısal Çoğulculuk" olarak adlandırılan modele dayanmakta ve Dünya Bankası "Sağlık Yatırımları" raporunun önerdiği reçeteyi yakından takip etmektedir. Bu reform modeli ilk olarak 1993'te Kolombiya'da, bundan on yıl sonra da Meksika'da uygulanmıştır. Temel ilkesi sağlık sektörü tarafından yerine getirilen üç işlevin ayrıştırılmasıdır: düzenleme, finans ve hizmet sağlayıcılığı. Başka bir deyişle, Enthoven'in, piyasa mekanizmasının kalite, düşük maliyet ve hasta memnuniyeti yaratmaya yönelik olarak rekabet yaratması anlamına gelen Kontrollü Rekabet (Managed Competition) ilkelerini benimsemektedir. Kontrollü Rekabet, çeşitli kamu sektörü ve özel sektör paydaşlarının sağlık sisteminin yönetimi ve işleyişinde rekabetçi biçimde yer almalarını teşvik eder ve devlete düzenleyici görev verir. Kolombiya'da sağlık reformu kamu yönetiminde sorumlulukların eyalet düzeyinden belediye düzeyine aktarıldığı genel bir yerelleşmeden sonra gerçekleştirilmiştir. Yeni bir düzenleme olan Kanun 100 ile tüm Kolombiyalılar için sağlık sigortasını zorunlu kılan sosyal güvenlik sağlık reformu yürürlüğe konmuştur. İki farklı sigorta planı tesis edilmiştir, prim katkılı sigorta ve sübvansiyonlu sigorta. Prim katkılı sigorta planı ödeme gücü olan nüfusu kapsamakta ve katkı payları işçi ve işveren tarafından ortaklaşa veya kişi tarafından ödenmektedir; sübvansiyonlu sigorta planı ise belirli ölçütleri sağlayan yoksul nüfusu kapsamaktadır. Yoksullar için yapılan sosyal yardımlar (sübvansiyonlu sigorta planı) prim katkılı plandan yararlananlar için yapılanın ancak yarısına ulaşmaktadır.

Sistemde iki çeşit sosyal yardım kapsamaktadır: sigortacının sorumluluğunda olan bireysel hizmetleri

içeren 'zorunlu sağlık planı' ve devletin sorumluluğunda olan ve toplu faaliyetleri (kamu malları) ya da (neoliberal tanımıyla) yüksek "dışsallık" içeren faaliyetleri kapsayan 'temel sağlık planı'. Temel sağlık planı yerel yönetimler tarafından düzenlenmekte ve kamu sağlığından sorumlu yerel sağlık hizmetleri tarafından yürütülmektedir.

Reformun sonuçları oldukça olumsuz olmuştur: kamu sağlığı faaliyetleri azalmış, tam sigorta seviyesine ulaşamamış, sağlık hizmetlerine erişimde yeni bir tabakalaşma meydana gelmiş; sağlık altyapıları yetersiz kalmış ve sağlık hizmetlerine etkili erişim azalmıştır.

Bireysel ve toplu sağlık hizmetlerinin ayrıştırılması, hizmetlerin devamlılığının (bilgilendirme - koruma - kontrol / bakım - iyileşme) bozulmasına sebep olduğu için kamu sağlığı faaliyetlerini olumsuz yönde etkilemiştir. Bu durum açısından tüberküloz (verem) güçlü bir kanıt oluşturmaktadır: aşılama oranı 1996 yılında %90 iken 1999 yılına kadar %70'e düşmüş ve 2004 yılına kadar yavaş bir artma eğilimiyle %80'e ulaşmış; cinsel sağlık ve üreme sağlığında doğum kontrolünde durgunluk ve anne ölüm oranının 1996 yılında 100 000 canlı doğumda 63,2 iken 2002 yılında 81,5 olduğu gözlenmiştir.

Sigortanın zorunlu olmasına rağmen, kapsamı zaman içinde değişmiş fakat hiçbir zaman için tüm nüfusu kapsamamıştır. Mevcut bilgilere göre 2000 yılında toplam nüfusun %53'ü sosyal güvenlik sisteminde kayıtlıyken 2004 yılında bu rakam %62, 2006 yılında %75 olarak hesaplanmıştır<sup>2</sup>. Kayıtlı olmayan nüfusun %25'inin yoksul olduğu gözlenmiştir. Bu kişilerin kapsanmamasının iki sebebi vardır: yoksulluk ölçütlerini tam olarak karşılamamaları veya karşıladıkları halde sübvansiyonlu sisteme katılmaları için gereken kaynakların eksik olması. Kapsanmayan nüfusun sağlık hizmeti ücretlerini doğrudan ceplerinden ödemesini önlemeye yönelik olarak bu hizmetler kamu sağlık kurumlarında sağlanmaktadır. Sigortası bulunmayan diğer kesim ise, herhangi bir sebeple yoksul sayılmamakta fakat herhangi bir sigorta planı tarafından kapsanmamaktadır. Bu durum hizmetlere erişimde yeniden bir tabakalaşmanın gerçekleştiği anlamına gelmektedir. Yoksul nüfusun bir bölümüne hizmet sağlanmakta fakat bir bölümüne sağlanmamaktadır. Sağlık sigortası bulunmayan kişiler muhtemelen maaşsız işçiler ve ev kadınları, öğrenciler veya yaşlılar gibi çalışmayan nüfus gruplarından oluşmaktadır. Ayrıca, uygulanan ortak ve "tadil" ödemeleri yoksullara verilen hizmetlerin önünde bir engel haline dönüşmeye başlamıştır.

Dönemsel olarak gerçekleştirilen ulusal bir ankete göre, anketten önceki bir ay içerisinde doktora başvuranların oranı 1993 yılında %7,5'ten 1997 yılında %23,8'e yükselirken, 2003 yılında %9,5'e düşmüş durumdadır. Buradan sağlık sigortası sahibi olmanın hizmetlere erişilebilirliği sağlamadığı anlaşılmaktadır. Bu durum ayrıca sağlık hizmetine ihtiyacı olan kişilerin

bir doktor tarafından muayene edilme oranının reformdan önce %61,7 iken 2000 yılında %51,1'e düşmüş olmasından da gözlemlenebilir. Her yıl nüfusun %6,3'ü yüklü sağlık harcaması yapmak zorunda kalmıştır ve nüfusun en yoksul beşte birlik kesiminin cebinden yaptığı harcamalar en zengin kesimin toplam harcamalarının dört katına ulaşmıştır.

Reformun bir diğer sonucu da hastane altyapıları üzerine olan olumsuz etkiler ve bunların dağılımı olmuştur. Halihazırda toplam 55 000 yataklı 1200 hastane (650 kamu 550 özel) bulunmaktadır ve 1000 kişi başına 1,1 yatak düşmektedir. Kolombiya'daki hastane krizinin çeşitli sebepleri bulunmaktadır: Sağlık Paketi'nde bulunmayan hizmetlere son verilmiş; özel sigortacılar HMO modelini izleyerek verilen hizmetlerin dikey bütünleşme yoluyla daha iyi kontrol edilebilmesi için kendi hastanelerini açmışlar ve diğer hastanelerle, sonuçta kapanmalarına sebep olacak şekilde, anlaşmalarını kesmişler; hizmet sağlayıcılarının ödemeleri genellikle ertelenmiş veya idari nedenlerle iptal edilmiştir (hastanelere olan borç 2006 yılında 600 milyon ABD Doları civarındadır). Bunun yanı sıra bir hastanenin işleyişli efektif piyasa talebine bağlı olduğundan hastanelerin coğrafi dağılımı da kötüleşmiştir. Reformun genel etkisi özellikle kamu hizmeti verdikleri için özel hastaneler gibi maliyetlerini düşüremeyen ve "talep taraflı sübvansiyonlar" tarafından piyasadandan çıkmaya zorlanan kamu hastaneleri açısından olumsuz olmuştur. Kamu hastaneleri "rekabetçi" olmadıkları için kapatılmıştır.

Kolombiya'nın sağlık reformunun en fazla bilinen başarısı sağlık harcamalarının GSYH'ye oranının %7'den %10'a yükselmesidir ve bu sağlık konularının kamu gündeminde yüksek önceliğe sahip olduğunu göstermektedir. Sağlanan hizmetlerdeki azalma ve yeniden ortaya çıkan kamu sağlığı sorunları, finansal kaynakların, gittikçe yükselen hastane masraflarının kısılmaya ve bu nedenle hastalar, hizmet sağlayıcıları ve sigortacılar arasında anlaşmazlıkların yaşanmasına sebep olarak verimsiz biçimde kullanılmasından kaynaklanmaktadır. Çoğu veriye göre "kazanlar" sigortacılar ve "kaybedenler" ise "müşteriler" (hastalar) olmakta, hizmet sağlayıcıları ise ikisinin arasında bulunmaktadır. Adam başına prim ödenmesi sistemi, sigortacıların riskleri hizmet sağlayıcılarına aktarmasını mümkün kılmakta ve buna karşılık hizmet sağlayıcıları hizmetleri kullanıcılara sıkı kurullarla tahsis etmekte olduğu için finansal işletmesi en fazla kar getiren alan olmuştur. Bu kısır döngü devlet idaresinin zayıflığı düşünüldüğünde çok ciddi boyutlara ulaşan temel düzenlemedeki bozukluklardan kaynaklanmaktadır.

Kanun 100'le birlikte ortaya çıkan ciddi sorunlar Kolombiya'da yeni bir sağlık reformunun gerekli olduğu konusunda bir kamuoyu oluşmasına sebep olmuş ve bu konuda Meclis'e çok sayıda teklif sunulmuştur. 2007 yılında bazı hukuki değişiklikler gerçekleştirilmiştir. Ancak, 2008 yılında sağlık hakkı ilkesine ve devlet denetimine uygunluk açısından

Kolombiya Başsavcılığı tarafından yapılan değerlendirmeye göre, sorunlar çözülmemiş, aksine daha da kötüleşmiştir.

Meksika'daki sağlık reformu Kolombiya'dakiyle birlikte düşünülmektedir. Ancak, çeşitli sebeplerle, reform uygulamaları diğer Latin Amerika ülkelerine göre çok daha yavaş gerçekleştirilmiştir. Bunun temel bir sebebi Meksikalıların yaklaşık %50'sini kapsayan kamu sosyal güvenlik kurumlarının güçlü olması ve ülkedeki en büyük sağlık altyapısına (42 300 yatak ve 2 900 sağlık kliniği) ve en fazla sağlık çalışanına (400 000 çalışan) sahip olması, yani genellikle özel sektöre anlaşma yapmayan bütünleşik bir sistem olmasıdır. 90'ların ortalarına kadar Sağlık Bakanlığı ikinci büyük hizmet sağlayıcısı olarak hizmet vermiş ve özel sektör en alt sırada kalmıştır.

Görece zayıf bir özel sektörün yer aldığı üç ayaklı sistem reformcular için iki farklı soruna sebep olmuştur: kamu kurumlarının zayıflatılması ve özel sektörün güçlendirilerek özelleştirmede rol almasının sağlanması. Reform dönemi 1983 yılından 2007 yılına kadar çeşitli basamaklarla gerçekleştirilmiştir:

a) 1983 yılında ciddi bir bütçe kesintisi; b) Sağlık Bakanlığı faaliyetlerinin 1985 - 1995 yılları arasında dağıtılması; c) 1995 yılında en büyük sosyal güvenlik kuruluşunda reform yapılması; d) 2003 yılında, sağlık sigortası bulunmayan nüfus için Sağlık Bakanlığı tarafından yönetilen gönüllü sağlık sigortasının uygulanmaya başlaması; e) 2007 yılında kamu çalışanları sosyal güvenlik kurumunda reform yapılması.

1983 yılında gerçekleştirilen bütçe kısıtlamaları devlet tarafından sunulan sağlık hizmetlerinin, özellikle de kamu sektöründeki sağlık çalışanlarının ve doktorların olumsuz etkilenmesine sebep olan sosyal güvenlik hizmetleri alanının, uzun dönemli olarak kötüleşmesi ve itibarının zayıflaması sürecini başlatmıştır. Kamu kurumlarındaki aşınmaya rağmen, bu kurumlar kendilerine dayatılan bir kalıba sokulmuş neoliberal reformlara karşı oldukça büyük direnç göstermişlerdir. Mükellef - tedarikçi ayrımının ve özel sağlık fonları yöneticilerinin etkin biçimde desteklenmesinin uygulamaya geçirilmesinde ilk önemli plan 1997 yılında özel sektör işçileri sosyal güvenlik kurumunda (IMSS) gerçekleştirilmiş ve daha sonra Dünya Bankası tarafından bir yapısal uyum borcunun koşulu olarak öne sürülmüştür. IMSS, bu özelleştirme akımına, çalışanlarının, sosyal güvenlik uzmanlarının, akademisyenlerin ve sol partilerin geniş kapsamlı işbirliği sayesinde direnmiştir. Sonuçta IMSS, zayıflamış fakat bütünlüğünü koruyan bir kurum olarak işleme devam etmiştir.

Bundan sonraki reformu başarıyla gerçekleştirmeye yönelik diğer bir güçlü girişim 2000 yılında sağ hükümetin başa gelmesiyle başlamıştır. IMSS'yi reformun çekirdek kuruluşu haline getirmenin zorlukları düşünülerek federal Sağlık Bakanlığı



tarafından Kolombiya'da uygulanmış olan "Yapısal Çoğulculuk" modelini takip ederek sigortası bulunmayan nüfus için bir gönüllü sağlık sigortası sistemi başlatılmıştır. Bu reform 2003 yılında yasalaşmış ve 2004 yılında Popüler Sağlık Sigortası (PSS) adıyla yürürlüğe konmuştur. Bu reform anayasal sağlık hakkını nüfusun %80'i için bir sigorta priminin ödenmesine, kısıtlı sağlık hizmetlerini ise önceden belirlenmiş paket hizmetlere bağladığı ve böylece özel hizmet sağlayıcılarına iş alanı yarattığı için reform hakkında parlamentoda şiddetli tartışmalar gerçekleşmiştir.

Bu reformun dayatılmasında kullanılan ve çoğu hükümetin yetersiz olan mevcut sağlık fonları yüzünden karşı koyamadığı yöntem tüm yeni sağlık kaynaklarının PSS yoluyla aktarılmasıydı. Bu durum ayrıca Sağlık Bakanlığı'nın kanunda bulunmayan fakat "gizli" reform gündeminin bir parçası olan düzenlemeleri uygulamasında olanak sağlamıştır. Örneğin, Meclis tarafından onaylanan kanunda özel hizmet sağlayıcılığı bulunmazken yeni düzenlemelerle bu uygulama yeniden hayata geçirilmiş; mükellef - tedarikçi ayrımı kanunda oldukça belirsiz olmasına rağmen fonların toplanabilmesinin temel koşulu devlet nezdinde ayrı bir fon yöneticiliğinin kurulmasıydı; ailelerin sigorta sistemine bağlanmaları bir hizmet paketinin sağlanması için tamamen bir taviz olmuş fakat yeni kamu altyapılarına çok az kaynakla yatırım yapılmıştır.

Aynı zamanda hak sahiplerine sağlık hizmeti ve ilaç sunmakta gittikçe daha da zorlanan IMSS'nin fonları kesilmiş ve kurum büyük miktarda finansal rezervi elinde buldurmaya mecbur kılınmıştır. Sonuç olarak sosyal güvenlik kurumu sorumluluklarını yerine getiremez görünmüş ve gizli bir kitlesel medya kampanyası kurumun sadece fonları yönetmesi ve hizmetleri dışarıyla anlaşma yaparak sağlama gerektiğini savunmuştur.

PSS'de, 2010 yılına kadar tamamen uygulamaya girmeyecek olmasına rağmen, şimdiye kadar Kolombiya'da gözlenenlere benzer sorunlar gözlenmiştir. En çelişkili sorun, yeni fonların devlet sağlık yetkililerine zamanında aktarılmaması ve bu nedenle yerel hizmetlerin talebe cevap verememesidir. Bu durum kamu hizmetlerine olan güvenin daha da azalmasına sebep olmuştur. Kamu sağlık harcamalarında artış olduğu yönündeki yaygın kanı kesinlikle yanlıştır, çünkü sosyal güvenlik sisteminin bir kısmı götürülürken diğer kısmı PSS'nin sağladığı hizmetlerde kullanılmamıştır. Ayrıca PSS fonlarının önemli bir bölümüne ilişkin oldukça tutarlı dolandırıcılık suçlamaları bulunmaktadır<sup>3</sup>. Meksika Meclisi'nin Federal Denetleme Bürosu PSS'nin incelenen hemen her alanda son derece şüpheli işlediğini doğrulamıştır.

Kısıtlı PSS kaynakları kamu sağlık merkezlerinin genişletilmesi ve güçlendirilmesi için kullanılırken,

Sağlık Bakanlığı, bu zamana kadar sıkça tartışılan İngiliz modeline uygun yüksek teknoloji hastaneler inşa etmeye ve işletmeye yönelik kamu sektörü - özel sektör ortaklı projelere başlamıştır. Öncelikli hizmet faaliyetlerinden ve umumi hastanelerden önemli ölçüde yoksun olan bir ülkede böyle bir karar nasıl gerekçelendirilebilir? Bunun müteahhitler için çok karlı bir iş olması ve ek olarak sağlık fonlarının kamu ve özel yönetimi için özel sektör hizmet sağlayıcılarının kurulmasını teşvik etmesi örnek bir cevap olabilir.

2010 yılı itibariyle PSS'nin tüm nüfusu kapsama hedefinin gerçekleşmesi birçok nedenden ötürü mümkün görünmemektedir. Kolombiya'daki zorunlu modelin aksine Meksika'da gönüllü model bulunmakta; bundan sonra aileler ve eyaletler sigorta için prim ödemek zorunda kalacaklar; sigortası bulunmayan ailelerin sayısı açıkça olduğundan daha az gösterilmiştir; sigortalı sağlık paketinin sınırlamaları ve en pahalı hizmetlerin sigorta kapsamında bulunmadığı giderek daha fazla bilinmektedir. Ancak kamu sektörü hizmetlerinin dağılması ve itibarını yitirmesi hafife alınmamalıdır.

### 3. Latin Amerika'da İlerici Reformlar

Latin Amerika'daki sağlık reformlarının bu yıkıcı tablosu, özellikle son on yılda gerçekleşmekte olan ilerici sağlık reformları eğilimiyle dengelenmelidir. İlerici reformlardan, sağlığı insanın ve toplumun evrensel hakkı olarak gören ve böylece toplumun bu hizmeti tüm bireylerine sunma zorunluluğunun devletin sorumluluğu olduğunun bilincinde olan reform eğilimleri anlaşılmalıdır. Bunun farklı düzenlemelerle gerçekleştirilmesi mümkündür fakat temel soru herkesi kapsayan ve aynı ihtiyaca sahip olan herkesin mevcut sağlık hizmetlerinden eşit olarak yararlanma hakkı bulunduğunu belirten eşitlik ilkesini uygulayan genel bir sağlık sistemi kurulmasıdır.

Sağlık hakkı, çoğu Latin Amerika ülkesinde anayasal bir haktır ve bu, adaletin, sosyo-ekonomik, etnik veya başka özelliklerinde bağımsız olarak herkesin ihtiyacı olan hizmeti alabilmesini gerektirdiği hakkında toplumda bir fikir birliği olduğunu göstermektedir. Bu açıdan sağlık özel mal değil kamu malı olarak görülmektedir. Ayrıca gerilemeci neoliberal reformların yaygın olarak benimsenen değerlere karşı dayatıldığını göstermektedir. Böylece sağlık hakkını gerçekleştirilmenin ilerici hükümetlerin gündeminde öncelikli olması da açıklanmaktadır.

Sağlık reformu konusunda önde gelen "genel kanı"ya karşı çıkan ilk ülke 1988 yılındaki diktatörlük sonrası anayasasıyla Brezilya olmuştur. Yeni anayasa "sağlığın herkesin hakkı ve devletin görevi" olduğunu ve hizmetlerin kamu kaynaklarıyla finanse edilen, bütünleşik ve yerel düzeyde işleyen bir kamu sistemi aracılığıyla sağlanması gerektiğini belirtmektedir. 1990 yılında bu anlayış, federal düzeyde, eyaletler düzeyinde ve belediyeler düzeyinde sağlık kurullarının kurulmasıyla yaygın toplumsal katılımı öngören ikinci

bir kanunla düzenlenmiştir. Bu ilerici reform her çeşit sağlık çalışanının, akademisyenlerin, sol partilerin ve ilerici Katolik örgütlerin geniş çaplı hareketlerinin sonucu olmuştur. Bu toplumsal hareket o kadar güçlü olmuştur ki genellikle "Sağlık Partisi" adı verilmektedir.

Brezilya'daki sağlık reformu kamu sağlık hizmetlerinin, sağlık hizmetleri alanındaki başlıca kuruluş olan sosyal güvenlik kurumu ve kamu sağlık hizmeti faaliyetlerini yürüten Sağlık Bakanlığı arasında bölünmesini engellemiştir. Yeni düzenleme bütünlük ve kapsamlı bir sistemin kurulmasını sağlamıştır. Bu farklı kaynaklardan gelen sağlığa yönelik kamu kaynaklarının bir havuzda toplanmasını ve böylece sağlıkta, özellikle yoksul nüfusun yararına olacak şekilde, eşitliğe doğru önemli bir adım atılmasını mümkün kılmıştır. Sorumlulukların yerel düzeye indirilmesi belediyeleri hizmet sağlamadan sorumlu kılmıştır. Ulus devlet ise düzenlemeden ve eyaletler ve belediyelerle birlikte finansmanın bir bölümünden sorumludur. Sağlık hizmeti modelinde, ayrıca, kısıtlı bir Sağlık Paketinden farklı olarak bazı öncelikli alanları içeren, bütünlük temel sağlık hizmetleri biçiminde toplu hizmetler sunan aile hekimliğine doğru bir değişim gerçekleşmiştir. Kamu sisteminin kurulması Brezilya'daki tüm belediyeleri kapsayarak temel hizmetlerle başlamış ve yukarı doğru devam etmiştir. Kamu hastaneleri altyapı çalışmaları 1000 kişi başına düşen yatak sayısında %25'lik bir artışla ilerleme göstermiş, fakat 1000 kişiye bir yatak alt sınırının gerisinde kalmaktadır.

Burada, reformdan önce özel endüstriyel tıbbi tesislerin, sosyal güvenlik sistemine sağlık hizmetlerinin tek sağlayıcısı olan devletin desteğiyle geliştiğini vurgulamak gerekmektedir. Bu sebeple kamu sağlık hizmeti sağlayıcıları az sayıdaydı ve reformu etkin kılmak ve özel sektörün önemini azaltmak için bir kamu sektörü sağlayıcıları tabanı oluşturmak en büyük zorluklardan biriydi. Aslında, özel sektör -sigorta şirketleri ve Sağlık Koruma Kuruluşları dahil- hala oldukça güçlü bir paya sahiptir, Brezilyalıların yaklaşık %22'si herhangi bir özel tıbbi sigorta kapsamında bulunmaktadır. Özel sektör, sigorta ve sağlık harcamaları vergiden düşülebilir olduğundan, hala dolaylı olarak kamu fonlarından destek almaktadır. Bu durum yaklaşık 35 milyar ABD Doları tutarında fonu işleten özel sektörün ekonomik gücü düşünüldüğünde bugüne kadar durdurulması mümkün olmayan sağlık eşitsizliklerine katkı yapmaktadır. Bu bağlamda, düzenleme başlıca konulardan biri haline gelmektedir ve Sağlık Bakanlığı bu konuda bazı önemli ilerlemeler kaydetmiştir.

Sağlık reformunda kilit bir soru finansmanın nasıl sağlanacağıdır. Neoliberal reformların ana temasının, sağlık ekonomisindeki yükselişi açıklayacak şekilde, finansman olduğunu söylersek abartmış olmayız. İlerici reformların finansmanı mali kaynakların ekonomik ve toplumsal programlar arasında ve toplumsal ihtiyaçları karşılamaya yönelik çeşitli programlar arasında dağılımıyla ilgili farklı bir sorundur. Sonuçta, bu bir

piyasa sorunu değil dağılımla ilgili bir sorudur. Finansman, Brezilya'daki partiler arasında bir siyasi savaş alanı olmuştur. Başlangıçta eyalet transferleri kişi başı belirli bir miktarken daha sonra bu miktar öncelik programlarına bağlı olarak ek sermayelerle tamamlanmıştır.

Bugün sağlık finansmanının yaklaşık üçte ikisi kamu sektörünün, üçte biri özel sektörün kaynaklarını oluşturmaktadır. Mevcut hukuki düzenlemede kamu finansmanının hükümetin üç düzeyinde sağlanması gerektiği belirtilmektedir; federal hükümet GSMH'nin sabit bir yüzdesini alırken, 2004 yılı itibarıyla eyaletlerin sağlık kaynaklarını toplam bütçelerinin %7'sinden %12'sine, belediyelerin %7'sinden %15'e çıkarmaları gerekmektedir.

Brezilya ulusal sağlık sisteminin anayasada belirtilmesinden 20 yıl sonra hala çözülmesi gereken sorunları bulunmaktadır. Ancak, Latin Amerika'yı etkileyen gerileme neoliberal reform dalgasına başarılı biçimde direnebilmiştir ve bu reformların getireceğinden daha iyi bir duruma sahiptir. Lula'nın ikinci başkanlık dönemi sırasında reform hareketi daha da güçlenmiştir.

Venezüella, yapısal uyum politikalarından ciddi şekilde etkilenmiş bir ülkedir. 1989 yılında durum, ülkenin her yerinde, özellikle ordunun yüzlerce kişiyi öldürdüğü başkent Caracas'ta, açlık grevlerinin başlamasına kadar devam etmiştir. Bunu takip eden yıllarda yapısal uyum politikalarına karşı verilen mücadele ve nüfusun hızlı bir şekilde yoksullaşması -reel gelir 1989 yılından 1995'e kadar %66 oranında azalmıştır- devam etmiştir. 1998 başkanlık seçimlerinde Hugo Chávez'in aday olduğu sol koalisyonu başa gelmiş ve neoliberal proje sona ermiştir.

Sağlık hizmetleri sistemi neoliberal reformlardan kaçmamış ve kısmen özelleştirilerek ciddi şekilde kötüye gitmiştir. Diğer Latin Amerika ülkeleri gibi Venezüella'da da görece zayıf bir Sağlık Bakanlığı ile şehirlerde yoğunlaşan üç ayaklı bir sistem kurulmuştur. Evrensel sağlık hakkının uygulanmasında ilk basamak 1999 yılında onaylanan ve sağlığı "temel bir toplumsal hak ve yaşama hakkının bir kısmı olarak devletin yerine getirmesi gereken bir sorumluluk" olarak tanımlayan yeni anayasa ile gerçekleştirilmiştir. Ayrıca anayasada, devletin, kamuya ait genel kapsamlı, bedelsiz, bütünlük ve dayanışmacı bir ulusal sağlık sistemi yaratması gerektiği belirtilmektedir. Buna ek olarak sağlık sisteminin özelleştirilemeyeceği ve toplumun sistemle ilgili kararlarda ve sistemin işleyişinde söz hakkına sahip olduğu açıkça belirtilmiştir.

Bütünlük Temel Sağlık Hizmetleri (Primary Health Care - PHC) temelinde ve güçlü bir yaygın katılım unsuruyla iddialı bir reform planı hazırlanmıştır. Sağlık hizmetleri hızlı bir biçimde yoksul bölgelere ulaştırılmalı ve hizmetlerin kalitesi artırılmalıdır. Bu hedefler katı bir bürokratik yapıyla ve hükümete karşı

grevler düzenleyen sağ görüşlü sendikalarla karşı karşıya kalmıştır.

Bir doğal afet durumunda Venezüella hükümeti Küba hükümetinden kazazedeler için tıbbi yardım talep etmiştir. Bu faaliyetin iyi bir sonucu reform stratejisinde önemli bir değişikliğe yol açmış ve "Barrio Adentro"<sup>4</sup> (BA) adı verilen yeni bir toplumsal program Caracas'ın yoksul mahallelerinde kurulmuş ve 2003 yılında tüm ülkeye yayılmıştır<sup>4</sup>. Programın başlıca unsuru temel sağlık hizmetlerinin (PHC) sağlanması olmakla birlikte Sağlık Bakanlığı tarafından yönetilmemektedir. Plan ilk olarak Küba Sağlık Ekibi ve PHC alanında eğitim görmüş olan ve çoğu Venezüellalı doktorun aksine, yoksul bölgelerde çalışmak isteyen doktorlar tarafından uygulanmıştır. Başlangıçta mahalle sakinleri muayeneler için evlerini teklif etmişler ve doktorları evlerinde kalmaya davet etmişlerdir. Kısa zamanda popüler hareket programının temel bir parçası olmuş ve binlerce sağlık komitesi oluşturulmuştur.

Program başkanlık beyanıyla resmileştirilmiş ve 2006 yılında bütünlük temel sağlık hizmetlerinin ve ücretsiz ilaçların sağlandığı 8 600 muayene noktasına ulaşmıştır. Sağlık sorunlarının çözülmesine yönelik kapasitenin artırılması adına ayrıca 40 000 - 50 000 kişi başına bir tane düşecek şekilde ülke genelinde Bütünlük Teşhis Merkezleri (Integrated Diagnostic Centers - IDC) ve Rehabilitasyon Merkezleri (Rehabilitation Centers - RC) kurulmuştur. Ayrıca, her eyalette bir Yüksek Teknoloji Merkezi'nin (Center of High Technology - CHT) kurulması öngörülmüştür. Yeni sağlık sistemi ayrıca genel hastanelerle (BA III) ihtisas hastanelerini (BA IV) birleştirmektedir.

BA hedefleri planlandığı gibi gelişmiştir. Geçici muayene odalarının yerlerini öncelikli bölgelerde inşa edilen yeni tesisler almıştır ve 22 CHT'nin yanı sıra yüzlerce IDC ve RC faaliyet göstermektedir. Eşitlik, dayanışma, bütünlük ve Evrenselcilik ilkeleri sıkı bir şekilde uygulanmıştır. Bu, tarihte ilk defa sosyo-ekonomik ve etnik özelliklerinden bağımsız olarak tüm Venezüellalıların sağlık hizmetlerine erişimlerinin olduğu anlamına gelmektedir.

BA hizmetleri ve geleneksel sağlık hizmeti sisteminin bütünlük sürecinin karmaşık bir süreç olacağı tahmin edilebilir. Ancak, yeni sistemin canlılığı ve gücü, eski bürokratik kısır döngülerin ve ataletin aşılmasının mümkün olduğu bir yol yaratmıştır.

Barrio Adentro çerçevesinde temel yaşam koşullarını iyileştirmeye yönelik başka toplumsal programlar da yapılmıştır. Aslında BA neoliberalizm yıllarında halka dayatılan "toplumsal borç"un ödenmesine yönelik -ve yoksulluk hedeflemesi programlarından uzak- bütünlük bir toplumsal politika haline gelmiştir. Bu toplum ve sağlık politikalarının finansmanında kullanılan kaynaklar, petrol sanayiinin yeniden kamulaştırılması ile devlet bütçesine yeniden kazandırılan ve artan petrol fiyatları ile elde edilen artı petrol gelirlerinden sağlanmaktadır.

Venezüella örneğinin diğer Latin Amerika ülkelerindeki neoliberal politikalar açısından bir tehdit teşkil ettiğini belirtmek gerekir. Bu Hugo Chávez'e karşı yürütülen uluslararası medya kampanyasını açıklamaktadır. Ancak, halk tarafından politikalarına gösterilen destek ülkenin sosyal adalet, eşitlik ve sağlık hakkına doğru ilerlemesini sağlamıştır.

Bolivya ve Ekvator'un ilerici hükümetleri de yeni sağlık politikalarını değerlendirmekteler. İki ülke de yapısal uyum politikalarından oldukça olumsuz biçimde etkilenmiş ve kamu sağlık hizmeti sistemleri fiilen yok olmuş ve yerine asgari hedefleri bulunan programlar getirilmiş bulunmaktadır. İki ülkede de evrensel sağlık hakkının devlet tarafından sağlanması ilkesi ve sağlık hizmetleri modeli olarak bütünlük PHC modelinin uygulanması, Uruguay ve ilerici Uruguay hükümetinde de olduğu gibi, olasıdır.

Ulusal düzeyde neoliberal politikalar yürüten bir ülkede bir eyalet hükümeti tarafından ilerici reformların gerçekleştirilmesine 2001 yılında Mexico City'de başlayan hareket örnek oluşturmaktadır. Daha geniş çaplı bir sosyal politikanın bir parçası olan bu sağlık politikası sosyal haklar, evrenselcilik, gelirin eşit olarak yediden dağılımı ve dayanışma ilkelerine dayanmaktadır. Yerel ve merkezi hükümetlerin sağlık politikaları arasındaki önemli fark Mexico City Yönetimi'nin (MCY) tüm vatandaşların sağlık hakkına sahip olması gerektiğini ve bunun devlet tarafından sağlandığını, diğer bir deyişle, sağlığın ödemeye bağlı ve sınırlı bir sağlık hizmeti paketinden ibaret bir hak değil, evrensel bir toplumsal hak olduğunu tanımasıdır.

Sağlık alanında Mexico City'nin yeni yönetiminin karşısına çıkan zorluklar aşağıdaki gibi sıralanabilir: sağlık şartlarında eşitsizliğin azaltılması; toplumsal ve doğal olarak hassas bir kentte kamu sağlığının korunmasını sağlamak; gerekli müdahaleye zamanında erişimin sağlanması ve hizmetlere erişimde eşitsizliğin azaltılması; dayanışma ilkesine uygun olan sürdürülebilir, eşitlikçi ve yeterli miktarda finansmanın sağlanması.

Var olan fakat kötü durumdaki faaliyetlerin başarıyla yeniden yapılandırılması ve genişletilmesine dayanan sağlık hakkının sağlanması gerektiği için, sağlık reformuna yönelik somut stratejiler karmaşık bir yapıya sahiptir. Yerel Sağlık Bakanlığı'nın tüm faaliyetlerini belirleyen temel strateji Ücretsiz Sağlık Hizmetleri ve İlaç Programı olmuştur. Program, sigortasız vatandaşların zamanında hizmet almalarının önündeki ekonomik engeli ortadan kaldırmıştır ve eyalet hükümetince kurulan sağlık tesislerinde sağlanan tüm toplu kamu sağlığı faaliyetini ve bireysel sağlık hizmetlerini ve gereken ilaçların sağlanmasını kapsamaktadır. Tahminen programdan yararlanmaya uygun ailelerin sayısı 875 000 civarındadır ve 2006 yılında yönetim sona erdiğinde katılmış olan aile sayısı yaklaşık 856 000'dir. Kayıtlı işçilere yönelik kamu sosyal

sigortası ile birlikte bu program 2006 yılında Mexico City'nin tüm nüfusunu kapsamaktadır.

Programın başarısının bir göstergesi sağlanan hizmetlerin, özellikle de pahalı hizmetler: ameliyatlarda %85, hastanede yapılan doğumlar %44, acil servis %34 ve hastanede yatan hastalara verilen hizmetler %30 oranında olmak üzere, 2000 yılından 2006 yılına kadar sürekli olarak artmasıdır. Bu bilgiler daha önce karşılanamayan önemli sağlık ihtiyaçlarını gözler önüne sermektedir. Diğer yandan 2006 yılında şehirdeki sağlık tesislerinde verilen hizmetlerin %85'e yakını ücretsiz olarak sağlanmaktaydı. Ayrıca Ücretsiz Sağlık Hizmetleri ve İlaç Programı'na katılan aileler diğer temel ihtiyaçlarını karşılamak üzere yaklaşık 375 milyon ABD Doları tasarrufta bulunmuşlardır.

Sağlık alanındaki güçlenme ve gelişme beş yönde sorunlarla karşılaşmıştır: bütünlük bir sağlık modeline geçiş, hizmet kalitesinin artırılması, sağlık altyapılarının geliştirilmesi, yeni sağlık fonları ve yolsuzlukla mücadele.

Sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi için yeni bir hizmet sağlama modeli uygulamaya koyulmuştur. Yeni model, MCY sağlık hizmeti tesislerinde sunulan tüm hizmetlerin, önceden belirlenmiş bir sağlık planı çerçevesinde değil aynı ihtiyaca sahip olanların mevcut hizmetlere eşit erişimi anlayışına uygun biçimde verileceğini açıkça belirtmiştir. Toplum sağlığına ve bilgilendirme - koruma - kontrol / bakım - iyileşme devamlılığına özellikle önem verilmektedir. Bu yeni modelin uygulanmasında kurumsal anlamda ciddi bir yeniden yapılanmaya ve belirli bir coğrafi alandaki nüfusa karşı sorumluluklarla verilen hizmetlerin genişletilmesine ihtiyaç duyulmuştur. Temel sağlık hizmetleri, bu düzeyde beşeri ve teknolojik kaynakların kullanılmasıyla kişilerin evlerinin yakınında ortaya çıkan sorunların çözülmesi ve hastanelerin yükünün hafifletilmesine yönelik kapasitenin artırılması amacıyla güçlendirilmiştir. Ancak, nüfus hastanelerin sağlık merkezlerine tercih edilmesine yönelik eğiliminin değiştirilmesi oldukça zor olmuştur. Tüm hastaneler şehrin hastane ağıyla bütünleştirilmiş ve özerk birimler olarak çalışmaya son vermişlerdir.

Artan hizmet kalitesi, sağlık işçilerine uygun çalışma koşullarının sağlanması açısından, bir yandan yeterli tüketim malzemesinin, ilaçların, tıbbi makine ve teçhizatın temini, diğer yandan da toplu sözleşme anlaşmasının tanınması anlamına gelen önemli bir sorundur. Kurumsal çözülme ve yaygın yolsuzluk yıllarında işçilerde oluşan güvensizliğin sebep olduğu olumsuz bir kurumsal kültürün hakimiyetinin tersine çevrilmesi de ayrıca karmaşık bir sorun teşkil etmektedir. Bu konuda, her türlü işçinin tabi tutulduğu kapsamlı bir eğitim programı başlatılmıştır. Yavaş bir şekilde yeni sağlık politikaları sağlık çalışanlarını bir şeylerin gerçekten değiştiğine ikna etmiştir.

Altyapının güçlendirilmesi süren çabalarla gerçekleştirilmiş ve 2001-2006 döneminde hizmetlerin

yetersiz kaldığı bölgelerde iki yeni hastane ve beş büyük sağlık merkezi kurulmuş ve tüm hastane ve sağlık merkezlerine yeni makineler sağlanmıştır. Hastanelerin kapasitesi %25 oranında artmıştır ve Meksika'da alışılmadık dışında olarak çalışanlar tüm sağlık hizmetlerinde uygun biçimde görev almaktadır. Bu değişikliklerin gerçekleşmesini sağlayan şartlar yönetim açısından güçlü siyasi ve ekonomik sorumluluk olmuştur. İlk yıl için sağlık bütçesinde, Mexico City bütçesinin %12,5'inin sağlık alanına harcanması anlamına gelen, %67'lik bir artış gerçekleştirilmiştir. Bu düzey yönetim süresince korunmuş ve altyapı sermaye yatırımları için yeni kaynaklar sağlanmıştır.

Bu yüksek mevkideki devlet memurlarına yapılan füzuli harcamaların kesildiği, %15 oranında maaş kesintisi içeren bir mali önlemler paketinin uygulanmasıyla gerçekleşebilmiştir. Bu önlemler 2001 yılında harcamaların en az 200 milyon ABD Doları, sonraki yıllarda ise yaklaşık 300 milyon dolar azaltılmasını sağlamıştır. Bu fonların toplamı toplumsal programlara aktarılmıştır. Ayrıca yolsuzluğa karşı bir mücadele başlatılmış ve böylece devlet harcamalarının maliyeti azaltılmıştır. Örneğin Sağlık Bakanlığı ilaçları bir yıldan diğerine %20 daha ucuza almayı başarmıştır. Aynı zamanda devlet hazinedeki yaygın yolsuzluk ağına ve vergi kaçırmaya karşı önlemler olarak gelirlerini de arttırmayı başarmıştır.

Hükümet programlarının sürdürülebilir olmalarını sağlayan, halk desteği ve vergi ödemeye gönüllü olmanın sağlanması açısından, programların güvenilirliği ve yararlarıdır. MCY tarafından, toplumsal programların sonuçları hakkında bilgilendirilen mahalle meclisleri aracılığıyla halk katılımının sağlanmasına yönelik mekanizmalar geliştirilmiştir. Bu, hükümet faaliyetlerinin şeffaflaştırılması açısından somut bir uygulamadır. Bu meclislerde, belirli ve güvenilir bilgilere dayanan toplumsal kontrolün ilk adımı olarak yerel sağlık sorunlarının teşhis edildiği ve sağlık çalışanlarıyla birlikte çalışılmasına yönelik bir faaliyet planının hazırlandığı yaklaşık 800 sağlık komisyonu kurulmuştur.

2006 yılında Ücretsiz Sağlık Hizmetleri ve İlaç Programı yerel meclis tarafından yasallaştırılmıştır ve yeni kanunda Mexico City'deki tüm sigortasız vatandaşların ücretsiz sağlık hizmetlerine ve ilaçlara erişime hakkı olduğu ve bu hizmetlerin sağlanmasının ve finansmanının yerel yönetimin sorumluluğunda olduğu açıkça belirtilmiştir. Bu kanunla Mexico City, evrensel sağlık hakkının korunmasına yönelik somut araçların uygulandığı ilk eyalet olmuştur.

#### 4. Bazı sonuçlar

Latin Amerika'daki neoliberal ve ilerici sağlık reformlarının incelenmesi bunlardan birinin gerçekleşmesine yol açan ve farklı eğilimlerin açıklanmasını sağlayan güçlerin ortaya çıkmasını



sağlamıştır. Analitik bir bakış açısı reformun ekonomik artı değer dağılımı çevresinde gerçekleşen mücadele olarak düşünülmektedir. Bu, sermaye ve işgücü arasındaki klasik mücadele veya farklı toplumsal gruplar arasındaki mücadele olabilmektedir. Bu durumda kimin ne kadar ödediği ve kimin ne kadar yarar sağladığına bakılmalıdır.

Açıkça görünen odur ki, neoliberal reformların başarısızlığı ve olumsuz toplumsal etkileri herkes tarafından bilinmektedir. Ancak, bir çeşit "refah devleti" yaratılması fikrinin veya kamu güvenlik sisteminin yerine neoliberal düşünüşün getirilmesiyle sağlık hizmeti sektörünün işletilmesinde ilerici ve sağ veya neoliberal hükümetler arasında nitel farklılıklar ortaya çıkmaktadır. İlerici hükümetler ve hareketler kamu hizmetlerinin çeşitli eksikliklerini gidererek insani ve toplumsal sağlık hakkının sağlanmasına yönelik çözümler geliştirmektedir.

Kapitalist toplumlarda devletin temel görevinin toplumsal uyum ve sermaye birikimi için uygun koşulları sağlamak veya toplumsal düzenin meşrulaştırılması olduğu fikri her zamankinden daha doğru görünüyor. Son zamanlarda tartışma konusu olan "ikinci nesil" reformlar tamamen bu göreve uygunluğun sağlanması açısından piyasa reformlarının iyileştirilmesine yöneliktir. Toplumsal uyum konularının değerlendirilmesi de aynı sorunun çözülmesine yönelik başka bir yöntemdir. Bu, sağ veya liberal hükümetlerin artan sorunların çözülmesi adına başvuracağı yoldur.

Zaman içerisinde hangi fikrin baskın çıkacağını tahmin etmek zordur, fakat sağlık konusunda piyasaların asgari düzeyde sosyal adaletle nasıl uyumlu hale getirilebildiğini anlamak zor değildir. Bunun en sağlam örneği ABD sağlık hizmetleri sisteminin geçici olarak çöküşüdür.

#### DİPNOTLAR

1. 1973 yılındaki askeri darbenin ardından bir ülkede ortodoks neoliberal ilkeler uygulayan ilk yönetici Pinochet olmuştur.
2. Genellikle sosyal güvenlik sistemi kayıtlarının güvenilir olmadığı kabul edilir. Bu durum Meksika'nın Kamu Sağlık Sigortası kayıtları için de geçerlidir.
3. Örneğin asla teslim alınmamış olan kimlik kartlarının anlaşması için yaklaşık 60 milyon ABD Doları ödenmiştir.
4. Komşular Arasında

#### KAYNAKLAR

- Arbelaez, M.P et al.** (2004) "Tuberculosis control and managed competition in Colombia", *Int J Health Plann Mgmt* 19: S25-S43.
- Brachet-Márquez, V.** (coordinadora) (2007). *Salud pública y regímenes de pensiones en la era neoliberal. Argentina, Brasil, Chile y México. 1980-2000.* México DF: Ed. Colegio de México
- Elias, P., Cohn A.** (2003). "Health reform in Brazil. Lessons to consider". *AJPH* 93(1): 44-48.
- Esignia, J., Díaz, R. eds.** (1996) *La Seguridad Social en América Latina: ¿Reforma o Liquidación?* Caracas: Nueva Sociedad.

**Frenk, J. et col.** (2006). "Comprehensive reform to improve health system performance in Mexico" *www.thelancet.com* Vol 368 October 28, 2006

**Laurell, A.C.** (2000). "Structural Adjustment and the Globalization of Social Policy in Latin America" *Int Sociology* 15(2): 306-325.

**Laurell, A.C.** (2001) Health reform in Mexico: The promotion of inequality. *Int J Health Serv.* 31(2):291-32.

**Laurell, A.C.,** (2003) "What does Latin American Social Medicine do when it governs?" *AJPH* 93(12):2021-20.

**Laurell, A.C** (2007) "Health system reform in Mexico". A critical review. *Int J Health Serv.* 37(3):515-35.

**Laurell, A.C., Lopez, O.** (1996) 'Market Commodities and poor relief. The World Bank proposal for health', *Int. J. Health Serv.* 25: 1-18.

**Laurell, A.C., Zepeda E., Mussot L.** (2005) "Eliminating Economic Barriers in Health Care" en Mackintosh, M., Koivusalo, M. (ed) *Commercialization of Health Care*, Palgrave-MacMillan, New York, pp 216-233.

**Londoño J.L, Frenk, J.** (1997) "Structured pluralism: towards an innovative model for health system reform in Latin America". *Health Policy* 41(1): 1-36.

**Medicina Social /Social Medicine** (2008) vol. 3, no 2 is dedicated to Progressive Health Reforms in Latin America. English version expected to be published in July, 2008.

**Muntaner, C.** (2006). "Venezuela's Barrio Adentro. An alternative to neoliberalism in health care" *Int. J. Health Serv.* 36(4):637-650.

**Navarro, V.** (1998) 'Neoliberalism, "globalization", unemployment, inequalities, and the welfare state' *Int. J. Health Serv.* 28:4: 607-682.

**Negri, B. Di Giovanni, G.** (2003). *Brasil. Radiografia de La Salud.* Campinas: Unicamp.

**Panamerican Health Organization** (2006). *Mission Barrio Adentro: the right to health and social inclusion in Venezuela.* Caracas: PAHO-WHO.

**Plaza B. Barona A.B, Hearst N.** (2001) "Managed competition for the poor or poorly managed competition? Lessons from the Colombian health reform experience". *Health Policy Plan* 16(Suppl. 2): 44-51.

**Stocker, M.A, Waitzkin, H., Iriart, C.** (1999) 'The exportation of managed care to Latin America', *New England J. Med.* 340:1131-1136.

**Unger et col** (2006) "Disintegrated care: the Achilles heel of international health policies in low and middle-income countries", *International Journal of Integrated Care.* 6 - (<http://www.ijic.org>)

**Unger et al.** (2008). "Chile's Neoliberal Health Reform: An Assessment and a Critique" *PLoS Med* 5(4): e79 doi:10.1371/journal.pmed.0050079 <http://medicine.plosjournals.org/perlserv/?request=getdocument&doi=10.1371/journal.pmed.0050079>

**Vergara, P.** (1997) 'In pursuit of "growth with equity": The limits of Chile's free-market reform', *Int. J. Health Serv.* 27:207-215.

**World Bank** (1993) *World Development Report. Investing in Health.* Washington DC: World Bank.

**Wagstaffa, A.** (2007). *Social Health Insurance Reexamined.* World Bank Policy Research Working Paper 4111. Washington DC: World Bank.