

DÜNYA BANKASI PROJELERİYLE ARJANTİN'DE NASIL BİR SAĞLIK BAKANLIĞI YAPISI İNŞA EDİLİYOR? BAHANELER VE GERÇEKLER

Işıl ERGİN*

Özet: Bu çalışma kapsamında, Arjantin'in son dönem sağlık politikalarında Sağlık Bakanlığı'nın(SB) değişen rolünü anlamak için Dünya Bankası(DB) projeleri ele alınmıştır. Arjantin-DB ilişkilerinin SB içindeki ana temas noktaları, proje içerikleri ve merkez ve yerelde eklenilen yeni kurumsal yapılar gözden geçirilmiştir. Ulusal ve eyalet düzeyinde oluşturulan Satın Alma Ekipleri, çıktı-temelli finansman modeli, temel hizmet paketi ve izlem ölçütleri öne çıkan temalardır. Tüm bu temaların önünde ise yoksulların sağlığını iyileştirme hedefi daha görünür kılınmaktadır. Ancak daralan ve pahalılaştan temel hizmet paketi, yerelin ve dolayısıyla toplumun finansmana daha fazla katkısını garanti etmeye çalışan yeni ödeme modelleri ile bu hedefin samimiyeti sorgulanır hale gelmektedir. Neoliberal akıl, bu hedefi bahane edip devleti DB'ye daha bağımlı ve direktiflere açık kılacak, Ulusal Sağlık Bakanlığı'nın finansman yükünü yerele kaydırarak azaltacak, yoksullardan başlayıp tüm nüfusu kapsayacak bir yeni "daraltılmış" kamusal sağlık bakımını dayatacak ve kamu sağlık hizmetleri ayağını kamu-özel olarak sulandıracak, bir yeni "sağlık ortamı" yaratmaktadır.

Anahtar Sözcükler: Arjantin, Dünya Bankası, Sağlık Bakanlığı, sağlık reformları, Plan Nacer

What Kind of a Structure in Ministry of Health is being Built for Argentina by the World Bank Projects? Excuses and Realities

Abstract: With this study, to understand the changing role of the Ministry of Health(MoH) in the recent health policies of Argentina, the World Bank(WB) projects have been dealt with. The main contact points of Argentina-WB relationship within the MoH, the project contexts and the new institutional structures jointed at the central and provincial level have been looked through. The Purchasing Teams created at national and provincial level, output-based financing model, basic health services package and tracers are the major themes. In the front row, more prominently before these, the target to improve poors' health is demonstrated. However, the narrowing and more expensive health services package and the new payment mechanisms trying to guarantee more provincial and thus public contribution to finance, makes this target's sincerity questionable. With this excuse, the neoliberal mind, is creating a new "health environment" in which the government is made more dependent and more open to the directives of the WB, the financial burden on the National MoH is shifted to the provincial level, the new "narrowed" public health service is forced first with a coverage to the poor and then to the whole population and the public health service diluted with a private-public approach.

Keywords: Argentina, World Bank, Ministry of Health, health reforms, Plan Nacer

Giriş

Arjantin'de gerçekleşen sağlık reformlarının 2005 sonrası sürecini incelerken ulaşılabilen temel dokümanlar Dünya Bankası'nın (DB) kendi sitesinde yer alan proje tanıtım dosyaları olmuştur. Uluslararası örgütler yanı sıra Batının bilim insanlarının reformlar ve etkilerini inceleme merakının epey azaldığı söylenebilir. İki bin beş öncesinde ülke sağlık reformlarına ilişkin sık sık ülke raporları yayınlayarak genel bir durum değerlendirmesi yapan DB de bu huyundan vazgeçmiş görünmektedir. Örneğin Arjantin için böylesi bir ülke sağlık sisteminin genel değerlendirmesi en son 2003'te yayınlanmıştır. DB

artık reformları ve etkilerini değerlendirmekten vaz mı geçmiştir? Elbette ki hayır. Son yıllardaki proje dokümanlarına bakıldığında durum değerlendirilmesinin devam ettiğini, özeleştirilerin yapıldığını ve yeni yol haritalarının çizildiğini görmek mümkündür. Ancak bunları derli toplu bir ülke reform değerlendirmesi olarak bulmak pek mümkün görünmemektedir. Aksine tam da 2005 sonrası müdahalelerin ruhuna uygun biçimde, parçalı ve ayrık bir gözden geçirme süregitmektedir. Ancak bu bölük pörçük gibi görünen değerlendirmeler, onları yazanların kafalarının karışık olduğu kanaatine

*Doç. Dr., Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

vardırmamalıdır. Aksine, yapının ana iskeleti oradadır ve her bir parça onu daha da ete kemiğe büründürmektedir.

Bu bağlamda, Arjantin-DB ilişkilerini, nasıl yapılandırıldığını, proje içeriklerini ve eklenen yeni kurumsal yapıları gözden geçirmek, ülke sağlık bakanlıklarına biçilen yeni rolü anlamak açısından oldukça yararlı olacaktır.

Arjantin sağlık politikalarının ana belirleyici rüzgarı DB olmakla birlikte ülkenin yapısal ekonomik krizleri birer gerçek fırtınasıdır. Çok parçalı bir sigorta ağı ve eşitsizliklerle örülü bir toplumsal yapı ile boğuşan sağlık sistemini, 2000'lere gelirken gerçekleştirilen DB reformları daha da kırılğan bir hale getirmiştir. Sağlık sistemi ve halkın sağlığı, ekonomik kriz dönemlerindeki her bir fırtınadan ağır yaralar alarak çıkmaktadır. Bu gerçeğe rağmen DB, krizlerle birlikte geçmişten çok daha sancılı hale gelen sağlık sistemini, 2005 sonrası müdahaleleriyle hala "etkinlik" ve "verimlilik" rotasına oturtmaya uğraşmaktadır. Sağlık ölçütlerindeki kötüye gidişi görünmez kılmaya çalışan müdahaleler (kötü sağlık ölçütlerinde en çok payı olan gruplara yönelik sağlık hizmet sunumunu artırıp, en azından anne ve çocuk ölümlülüğüne yönelik ölçütleri düzeltme çabası) istatistikî çabalar olmaktan öteye geçememekte ve halkın "genel" sağlık düzeyini iyileştirmeyi de zaten amaçlamamaktadır. Ancak bu yeni düzenlemeler her ne kadar geçmiş reformların kusurlarını örtmeye çalışan birer "yama" gibi görünse de; devletin, kamunun yeni finansman biçimleriyle ve yeni kurumsal yapılarla tanışmasının, yeni hedef gruplar seçilmesinin de ön ayağı, hatta "fırsatı" olmaktadır. Hatta daha ileri giderek, bu yeni düzenlemelerin gerçek maksadının, neoliberal devlet yapılanmasının yeni kulvarını oluşturmak olduğu saptaması yapılabilir.

Arjantin Sağlık Sistemi ve Reformlara Kısa Bir Bakış

İki bin on bir itibariyle nüfusu 40.117.096 olan Arjantin, coğrafi olarak beş bölgeye ayrılmakta, politik olarak ise 23 bölge ve bir otonom şehir yönetiminden oluşmaktadır. Bu yapılanma bünyesinde her bir eyaletin kendi yerel Sağlık Bakanlığı (SB) bulunmaktadır. Kişi başı gelir 2011'de 17.130 Doları (**Health of Nations, 2012**) bulmakla birlikte ülkenin sosyal yapısına eşitsizlikler damgasını vurmaktadır. Kuzeydoğu ve kuzeybatı bölgeleri sağlık göstergelerinin en kötü olduğu bölgelerdir (**PAHO, 2012**).

Arjantin sağlık sistemi oldukça parçalı bir yapıya sahip olup nüfusun %52'si kamunun Zorunlu Sağlık Sigortası kapsamındadır. Formal istihdam alanının

içindekilerin yararlandığı bu zorunlu sigorta yapısının unsurları olan Obras Sociales (OS), mesleklerle göre ayrılaşmış yarı kamusal grup sigortalarıdır. Sigortalıların kullandığı hizmetler karşılığında, OS'ler aracılığı ile hizmet sunuculara doğrudan ödemeler yapılır (**IDRC, 2000**). İki bin on itibariyle 280 ulusal ve 24 yerel düzeyde OS bulunmaktadır (**PAHO, 2012**). Emeklilerin hizmet aldığı OS ise PAMI (Programa Asistencia Medica Integral)'dir ve en büyük OS'lerden birini oluşturmaktadır. Nüfusun sağlık sigortası olmayan kesimi ya kamusal finansman (%39) ya da özel sigortalar (Prepagaslar- %9) yolu ile sağlık hizmet harcamalarını karşılamaktadır (**DB, 2006**). Devlet hastaneleri kamu sağlık hizmetinin köşe taşı olup nüfusun zorunlu sağlık sigortası olmayan kesimi temel olarak bu yol ile ücretsiz sağlık hizmeti alır. Kamu hastanelerinin temel olarak varoluş nedeni yoksul veya sigortasızlara ücretsiz sağlık hizmeti sunmaktır. Ancak OS'lerle veya özel sigortalılarla sözleşme yaparak bu gruplara da hizmet sunabilmektedir. Zorunlu Sağlık Sigortası olmayanlara teorikte "ücretsiz" olan bu hizmet sunumunda, "gönüllü" ödeme sistemleri oluşturulmuş ve cepten ödeme yükü ciddi biçimde artırılmıştır. Özel sigortacılık alanında 200 şirket ve 2 milyondan fazla sigortalı yer almakta olup, 72 şirket pazarın %70'ine hakimdir. Bunlara ek olarak 3.000 yardım sandığı da bulunmaktadır. Sistem; yüksek yönetsel maliyetler, şeffaflıktan yoksun rekabet unsurları ve sigortalıları bu rekabetin zararlarından koruyacak etkin mekanizmaların yokluğu ile örülmüştür (**IDRC, 2000**). Bu dağınık ve parçalı yapı, eyaletler arasında ve farklı sosyal gruplar arasında ciddi hizmete erişim farklılıkları yaratmakta, eşitsizlikleri derinleştirmektedir (**Maceira, 2012**).

Bin dokuz yüz doksan birde yoksulluk sınırının altında yaşayan nüfus %21,5 ve açlık sınırının altındakiler %3'tür. İki bin birde bu değerler sırasıyla %35,4 ve %12,2 olmuştur (**PAHO, 2002**). İki bin üçte %20,7'ye ulaşan işsizlik 2011'de %7,4 düzeyine inmiştir ancak informal istihdam hala %34,1 düzeyindedir (**PAHO, 2012**). İki bin bir nüfus sayımına göre Arjantin'de yaklaşık 17 milyon sigortasız birey bulunmakta olup bu sayı nüfusun %48'idir. Kuzey bölgelerde oran %60'lara ulaşmaktadır (**Health of Nations, 2012**). Arjantin'de sigortasız nüfus özellikle kriz dönemlerinde daha da artmıştır. İki bin bir krizi sırasında sigortalı nüfusun %12'sinin sigortasızlaştığı belirtilmektedir (**DB, 2006**). Sigortacılık sisteminin formal istihdam ve cepten ödemeler üzerine kurulu olması kriz dönemlerinin sigortasızlar üzerindeki etkisini daha da şiddetlendirmektedir (**Cavagnero, 2010**).

Hizmet finansmanındaki bu çok parçalı yapı, hizmet sunumunda da devam etmektedir. Ulusal yapı önemli bir oranda hizmet sunum yükümlülüğünü yerele devretmiş durumdadır. Bunun daha etkin ve yerelin ihtiyaçlarına daha uygun bir politika olduğu belirtilse de Ulusal programların yürütülmesi ve uygulanmasında önemli sıkıntılar yaşattığı da kabul edilmektedir. Sağlık Bakanlığı, bu çok parçalı finansman ve sunumun koordinasyonundan sorumludur.

Sağlık hizmetleri alanına harcadığı onca 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 iç açıcı olmadığı görülmektedir. İki bin on bir itibarıyla bebek ölümlülüğü binde 14, anne ölümlülüğü 100 binde 77 düzeyindedir (**DSÖ, 2013**).

“Etkin” ve “verimli” olmayan bu yapıyı reforme etme çabaları 1990’larda başlar. Arjantin’in parçalı sağlık sistemi yapısından sürekli şikayet edilmesine rağmen, etkinlik arayışındaki reformlar hiçbir zaman bu parçalı yapıya müdahale etmeyi, bu yapıyı birleştirmeyi düşünmez. DB ve IMF’nin sigorta fonlarına bu dönemde sağladığı borçlar da bu parçalı yapıda düzensiz ve adaletsiz bir biçimde dağıtılıp gider. Yedi sigorta şirketi nüfusun %5’ini kapsayıp toplam desteğin %20’sini almıştır (**Cavagnero, 2008**). İki bin beş sonrası müdahaleler, öncesine dair hataların düzeltilmesi operasyonları gibi gösterilse de aslında yol üstünde ikmal yapılmış ve yeniden enerji kazanılmıştır.

Arjantin’de 1990 sonrası Dünya Bankası güdümlü gerçekleşen reformlara kısaca bakmakta yarar vardır (Bu reformların ayrıntılı değerlendirmesi yazarın Toplum ve Hekim Dergisi’nin 2007 yılına ait Sağlık Sistemleri-III sayısındaki Arjantin Sağlık Sistemi ve Reformlar başlıklı yazısında yer almaktadır. **Bkz: Ergin I, 2007**). DB, bu dönem Arjantin sağlık politikalarındaki üç strateji aksını şöyle özetlemektedir: (**DB, 2006**).

1. Ulusal Sağlık Sigortasisteminin reforme etmek:

Ulusal Sosyal Sağlık Sigortası (Obras Sociales Nacionales-OSN) sağlık politikalarının son 20 yıldaki en önemli gündemini oluşturmuştur. Büyüyen Arjantin ekonomisi bu yapının sağlık hizmet sunumundaki rolünün genişlemesine ön ayak olur. Sistemin kendi hesabına çalışanlar ve diğer grupları kapsama çabası artar. Tüm OSN’ler için zorunlu bir hizmet paketi getirilir (Programa

Medico Obligatorio-PMO). Merkezi yapıda tamamlanan reformlar yerel ayağı için harekete geçmeden 2001’de kriz patlar.

2. Yerel sağlık sigortacılığını reforme etmek:

Yerelde DB’nin yürüttüğü gelişim projeleri ve borçlanmalar teknik olarak iyi tasarlanmış ancak yerelin yapısal sorunlarını çözmek için yetersizdir. Zaten reformların ana odağı Ulusal Sigortacılık olmuş, yereldeki reformlar öncelikli olmamıştır. Ama 2005 sonrası çıkılan yola bakılacak olursa sıra yereldeki reformların tamamlanmasına gelmiştir.

3. Anne ve çocuk sağlığına yönelik reformlar.

Özellikle iki yatırım projesi ile çocuk beslenmesi, üreme sağlığına ve erken çocukluk dönemi gelişimine ilginin artırılması amaçlanır. İki bin dört yılında yola çıkılan bu projeler 2006’da hız kazanacak olan Plan Nacer’ın da öncül yapılarıdır. Fonlar, alt yapı ve temel gereksinimler için harcanır. “Gerekli fiziksel koşulların böylelikle sağlandığı” ve projelerin bundan sonraki adımının “satın alan ve satan arasındaki gerekli teşvik ortamının yaratılması” olduğu belirtilmektedir. Sonraki yıllarda gerçekleştirilen reformların proje etki alanları tanımlanırken bu “teşvik ortamının” yaratılıp yaratılmadığı değerlendirilecektir. Örneğin, 2005 sonrası projeler kapsamında ayrıntısı ile aşağıda incelenen Plan Nacer-Yerel Anne Çocuk Sağlığı Yatırım Projesi’nin üç temel etki alanı şu şekilde tanımlanacaktır:

I. Hizmet sunucu davranışında değişiklik,

II. Kapsayıcılık ve kalite,

III. Hedef nüfusun sağlık çıktıları.

1990’ların reformlarından çözüm ona dersler çıkaran DB, bu hataları düzeltmek üzere 2003 ve sonrasında APL I ve II projelerinin şekillenmesinde önemli rol oynar. DB, “merkezi” düzeyde yapılan müdahalelerle sigortasızları da kapsam içine alma çabalarının işe yaramadığı kanaatine varmıştır. Aslında DB’nin sigortacılık bağlamında merkezde yapacağı iş bitmiş görünmektedir. Yerel ise “sigorta kapsamının sigortasızlara da genişletilmesi” teması için yeni odaktır. Öncelikle en yoksul 9 eyalet gündeme alınacak ve sonrasında diğer 15 eyalet de sürece eklemenecektir. Yepyeni ve “innovatif” bir borçlanma modeli de gündeme getirilecektir: Çıktı temelli borçlanma. Bir başka yeni yapı da bağımsız denetçiler yoluyla eş zamanlı denetim olacaktır.

Arjantin’de 2000 sonrası süreçte ekonomik, finansal ve kurumsal krizlerin gerçekleştiği ve bunların

sağlık sisteminin önceliklerini ve ihtiyaçlarını “yapısal” olarak değiştirdiği belirtilmektedir. DB’ye göre; kısa erimde özellikle yoksulların sağlık ölçütlerini iyileştirmek, orta ve uzun vadede ise etkinlik, sistem performansı ve iyi sağlık çıktıları için teşvik çerçevesini geliştirmek gerekmektedir. Bu bakışa göre reformlar formal yapı içindekilere ulaşmış, 1990’larda hızla büyüyen Arjantin ekonomisi sağlık reformlarına ve sosyal sigorta programlarının kapsayıcılığının artırılmasına ciddi paralar harcamıştır. Ancak reformlar formal yapı içinde kalanların sağlık ihtiyaçlarını fazlasıyla karşılarken sigortasızların ve yoksulların sağlığını iyileştirmekte başarılı olamamıştır. DB’nin adaletsiz fon desteğinin bu müsrif ama başarısız uygulamadaki yerini sorgulamak yerinde olacaktır. Arjantin sağlığa hala çok para harcamakta ama sağlık ölçütleri bir türlü iyileşmemektedir. O zaman yoksulların (ama sadece yoksulların) sağlık ölçütlerini iyileştirecek ve kamusal sübvansiyonların “etkinliğini” artıracak “politik reform paketlerine ve eylemlerine” ihtiyaç vardır, yeni sektör önceliği budur. Tüm toplumun sağlığını iyileştirme hedefi olmayan, sübvansiyonları artırmak değil onları “etkin” kullanmaktan bahseden bu yapı, sosyal politikalar açısından bir “yama”yı, bir ayıbı örtmek isteyen bir aklı, sözüm ona, öne çıkarmaktadır. Tabii bu “yoksul savunuculuğunun”nun projenin “ekran koruyucusu” olduğunu anlamak ve sosyal politikalar açısından önemli bir değişim ve dönüşüm olması yanı sıra sağlık hizmetinin kapsamı, merkeze biçilen rol ve finansman yükünün nasıl kaydırıldığını da görmek gerekmektedir.

Yeni Aksda Üç Temel Proje: Yerel Anne Çocuk Sağlığı Yatırım Projesi, Zorunlu Halk Sağlığı Eylemleri ve Programları Projesi, Zorunlu İlaçların Yoksullara Sağlanması Programı

Tüm bu müdahalelerin nasıl gerçekleşeceği, 2005 sonrası dönemde yol alan üç temel projede özetlenmeye çalışılacaktır. Projeler içerisinde özellikle Yerel Anne Çocuk Sağlığı Yatırım Projesi diğerlerine de temel oluşturduğu için ayrıntısıyla ele alınacaktır.

A-Yerel Anne Çocuk Sağlığı Yatırım Projesi (Provincial Maternal-Child Health Investment Project) APLI ve APL II (DB, 2006; DB, 2009)

Bu proje; DB’nin Arjantin için Sağlık Sektörü Reform Programı’nın bel kemiği olarak tanımlanır. İki fazlı bu projenin ilk ayağı (APL I) 2003-2005 arasında dokuz eyalette yürütülmüş, programın başarısı ve diğer eyaletlerin (kalan 15 eyalet) talebi ile tüm eyaletlere yaygınlaştırılmasına hız verilmiştir. “Başarı”nın ve “talebin” hangi bilimsel argümanlara dayandığı

pek belli değildir. Çünkü APL I iki yıllık süreç içinde 9 eyaletteki sigortasız nüfusun %50,8’ine zaten ulaşmamıştır. Bunca emek ve propagandaya rağmen sigortasız kadın ve çocukların sadece %49,2’lik kısmına erişim “mükemmel” olarak sunulmaktadır.

Programın en önemli uygulama ayağı PLAN NACER’dır. Bu plan, Anne Çocuk Sağlığı Sigorta Programı (Maternal and Child Health Insurance Program)dir. Bu programın ana amacı; “yereldeki uygulamalar yoluyla sigortasız nüfuslara temel sağlık hizmet sunumuna erişimin iyileştirilmesi” olarak belirtilmektedir. Bu tanımlamada eksik olanları düzeltmekte yarar vardır. Düzenleme SB ve hatta hazineyi içine alan bir yapıda olup sadece yereli ilgilendiren bir uygulama değildir. Tüm sigortasızlar değil sadece gebe, 6 yaş altı çocuk ve lohusaları kapsamaktadır. Temel sağlık hizmetleri değil sadece tanımlanmış, ana çocuk sağlığı hizmetleridir. İki temel hedef; anne ve bebek ölümlülüğünün azaltılması (ör: bebek ölümlülüğünü ülke genelinde %8 düşürmek) yanı sıra kamu sağlık fonlarının kullanımında “etkinliğin” iyileştirilmesi, varılmak istenen ana çıktılar olarak belirtilmektedir.

Bu operasyon; Arjantin için Ülke Destek Stratejisinin (Country Assistance Strategy for Argentina-CAS) merkezi projelerinden biri olarak da belirtilir. CAS’ın temel hedefi; Arjantin için krizden çıkış dönemini takiben “sürdürülebilir, özel sektör güdümlü büyümenin yatırım ortaklığı imkanlarını mümkün kılarak ve yapısal yoksulluğu azaltıp ve hakkaniyeti iyileştirerek sağlanması” olarak tanımlanır. Bu cümle, her bir kelimenin dikkatle seçildiği bir yol haritasıdır. DB sağlık sistemi için, temel olarak da anne ve çocuklar için borç vermeye devam edebileceğini ancak sektörel reformların sürece dahil edilmesi gerekliliğini bu stratejide netlikle belirtir. Zaten Plan Nacer’da da temel odak yoksullardır. Yoksullar diyince sigortasızlar ve informal sektörde çalışanlar akla gelir ama bu grup içinde projenin ana teması anne ve çocuklardır.

Bu yeni yapının hem mevcut yapıda güçlendirmeye çalıştığı unsurlara hem de eklemlediği yeni yapılara bakmakta yarar vardır:

Sağlık Bakanlığı: Projenin temel hedeflerinin gerçekleştirilmesinde öncelikli rol Bakan’ındır. Ulusal politikanın koordinatörüdür ve Ulusal Sağlık Hizmetleri Satın Alma Ekibi aracılığı ile program çıktılarının gerçekleştirilmesine dair sorumluluklarını yerine getirir. Bakanlık ve yerel arasındaki Şemsiye Anlaşmaları ve Yıllık Performans Sözleşmeleri’ni bizzat imzalar.

Ulusal Sağlık Konseyi (COFESA): Bakan ve 25 yerel Sağlık Bakanı'ndan oluşan bir heyettir ve bir forum gibi işler. Deneyimler paylaşılır, öneriler sunulur. Merkezi ve yerel yapı arasındaki koordinasyon mekanizması olarak "güçlendirilmesi gereken" yapı olarak öne çıkar. Örneğin Plan Nacer Sağlık Bakanlığı tarafından ulusal bir proje olarak COFESA ile yoğun işbirliği içinde tasarlanmış ve onaylanmıştır. COFESA'ya göre reformlar yerelin hizmet sunumundaki yükümlülüklerini artırmıştır ve bu nedenle sigortasızlara da hizmet sunmak durumunda kalan yerelin finansman yükünün "etkinleştirilmesi" gerekmektedir.

Plan Nacer Ulusal Sağlık Hizmetleri Satın Alma Ekibi (Plan Nacer National Health Services Purchasing Team-NHSPT): Projenin en can alıcı yapısıdır. Koskoca projenin sadece bu ekibin SB yapısı içine entegre edilmesi için yapıldığı hissi uyanmaktadır. SB bünyesinde bu proje için yaratılmış bir yapıdır. Hazine, DB ve yerel hükümetler arası finansal akışta karar vericidir. Bu ekip; Sağlık Programları Sekreterliği'nin altında çalışmaktadır ve projenin tamamlanmasını takiben Sağlık Hizmetleri Satın Alma Departmanı olarak devam edecektir. Yapı; projenin eyaletlerde yerleştirilmesinden sorumludur. Yereldeki Satın Alma Ekibinin (Provincial Health Services Purchasing Team-PHSPT) uygulamalarının teknik, idari, finansal yönden istenen kalite standartlarına uygun olduğunu ve zamanındalığını sağlamakla yükümlüdür. Teknik danışmanlık, paranın dağıtımı, borç durumundaki uyumluluk açısından DB ile "günlük" temaslar gerçekleştirir. Teknik danışmanlık sağlar ve COFESA'nın görüşleri doğrultusunda öneriler geliştirir. Ekibin Sağlık Bakanı tarafından atanan bir yöneticisi ve teknik uzmanlardan oluşan yaklaşık 30-50 personeli vardır. Birim, finansal yükümlülüklerini yerine getirirken Sağlık Bakanlığı'nın Uluslararası Finans Birimi'nden (International Finance Unit-UFI) destek alır. UFI, DB projelerine ilişkin deneyimli bir ekipten oluşur. Ekibin ücretlerinin tamamı proje başlangıcındaki ilk iki yıl proje bütçesinden karşılanır. Yıllar içinde bu oran azaltılarak, altıncı yılda tüm personelin finansmanı SB'ye devredilmiş olur. Eğer programın personel ihtiyacı daha da artarsa bu ihtiyacın kısa dönemli sözleşmelerle çözülmesi önerilmiştir.

Yerel Sağlık Bakanlığı: Ulusal Sağlık Bakanlığı ile Plan Nacer dahilinde sözleşmeler yapar. Yereldeki Satın Alma Ekibi'ni oluşturur.

Plan Nacer Yerel Sağlık Hizmetleri Satın Alma Ekibi (Plan Nacer Provincial Health Services

Purchasing Team-PHSPT): Merkezdeki Satın Alma Ekibi'nin yereldeki temsilcisi olan bu yapı, yereldeki sağlık finansmanının örgütlenmesinde yapısal reformlar doğrultusunda üretilmiştir. Proje bitiminde de tıpkı uzantısı olduğu merkezdeki satın alma ekipleri gibi bir "satın alma departmanı" olarak devam edecektir. Temel sorumlulukları;

Bölgesinde proje kapsamında yer alacak sigortasızları belirlemek, projede yer almaları için farkındalıklerini artırmak,

Hizmet sunucuları tanımlamak, yetkilendirmek ve onlarla sözleşme yapmak,

Hizmetlerin teknik kalitesini, finansal yönetimini ve ödeme esaslarını belirlemek,

Merkezdeki ekipten teknik, finansal ve yönetsel destek almak, işbirliği içinde olmaktır.

Plan Nacer merkezden yerele uzanan adeta bir vertikal program yapılanması içindedir. Son dönem projelerin hepsinde benzer vertikal yapıyı tekrar tekrar görmek mümkün olmaktadır. Başlangıçta her bir proje için ayrı ayrı üretilen bu vertikal yapıların ortak öznesi Satın Alma Ekipleri'dir. APL l'in ana hipotezi olarak da Satın Alma Ekipleri'nin merkezde ve yerelde kalıcı birimler olarak kurulması daha doğrusu "incorporation"ı (şirket yapısı içine dahil edilmesi) belirtilmektedir. Proje koordinatörlüğü gibi davranan bu yapılar aslında SB ve yerel SB'ler bünyesinde kurumsallaşan DB uzantılarıdır. Merkezdeki yapı; DB tarafından üretilen rehberler ve sözleşmeler doğrultusunda çalışır. Yereldeki satın alma ekiplerini de şubeler olarak düşünmek yerinde olacaktır.

Hizmet sunucular: Kamu ya da özeldeki sağlık merkezleri, hastaneler ve klinikler Plan Nacer dahilinde hizmet sunucu olabilir. Yerel SB tarafından gerekli koşullar doğrultusunda yetkilendirilerek, Plan Nacer'a dahil edilen bireylere temel bir sağlık hizmet paketi sunmayı taahhüt ederler. Ödemelerini ikinci basamak kurumlar hizmet başına, birinci basamak kurumlar kişi başına alırlar. Kişi başı ödeme alan bu birinci basamak kurumlar yerel SB'ye gönderilen kişi başı ödemenin (10 dolar kişi başı/aylık) her birey için %35'inden daha fazlasını alamazlar. Hizmet başı ödeme için ise, her bir hizmetin ücreti yerel düzeyde belirlenir. Ödeme takvimi de yerele aittir. Yerelin bu "otonomisinin", kuzeydeki yoksul bölgelerin yerel yönetimlerinin bütçe sorunlarının yansiyebileceği bir alan olacağını tahmin etmek

güç değildir. Parası ödenmeyen veya geç ödenen sağlık kurumları için hem monopolleşme hızlanabilir hem de yoksullara sunulan sağlık hizmeti nitelik olarak kötüleşebilir. Ancak niteliği kötüleşen hizmetler hedef ölçütlerin (ileride bahsedilecek) gerçekleşmesini zorlaştıracak, her gerçekleşmeyen hedef yerele yapılan geri ödemeleri azaltacak ve böylelikle bütçe sıkıntısı bu yoksul bölgeler için kısır bir döngüde daha da büyüyebilecektir.

Dış denetçiler: Kişi başı ödemeler ve borçların doğru kullanılıp kullanılmadığı Banka tarafından onaylanan bir özel dış denetçi firma tarafından denetlenir. Faturalandırmaların incelenmesi ve yerelden bildirilen ölçüt sonuçlarının alanda denetlenmesine dair raporlar Dünya Bankası'na iletilir. Firma; Sağlık Bakanlığı için denetçilik dışında bir faaliyette bulunamaz.

Öne çıkan mekanizmalar

Finansman için sözleşmeler: Tamamı DB tarafından üretilmiş SB-yerel ve yerel-hizmet kullanıcı arasındaki ilişkileri düzenleyen finansal akitlerdir. Sözleşme örnekleri DB tarafından hazırlanan Operasyonlar El Kitabı'nda mevcuttur. Bu el kitabı finansal ve örgütsel yapının abc'si, herkes için başucu kitabıdır!

Şemsiye Sözleşme (Umbrella Agreement): SB ve yerel SB'ler arasında projeye dair hedefler, kurulması gereken yapılar ve bu yapıların sorumluluklarını içerir.

Yıllık performans sözleşmeleri: SB ve yerel SB'ler arasında izlem sisteminde yer alan yıllık hedefleri ve kaynak ihtiyaçlarını belirlemeye dairdir.

Performans sözleşmeleri: Yerel SB ile hizmet

sunucular (kamu ya da özel) arasında temel hizmet paketine, ücretlerine, kalite standartları ve denetim ölçütlerine, ödeme mekanizmalarına, beklenen çıktılara, raporlamaya, iç denetçi ve dış denetçi ziyaretlerine dairdir.

Temel hizmet paketi: Bu pakette yer alacak hizmetler hükümet ve DB arasında kararlaştırılan 80 müdahaleyi içerir. Bu "maliyet etkin" hizmetler yoksullardaki anne ve bebek ölümlülüğünün nedenlerine yöneliktir. Önlenebilir anne ve bebek ölümlüğü ile 714 milyon Dolar kazanılacaktır ve proje maliyeti gözönünde bulundurulunca geri dönüş oranı %17'dir.

Tablo 1'de belirtilen bu listeye bakınca bunun hastalık yükü çalışmalarından fırlamış bir maliyet-etkinlik listesi olduğunu anlamak pek güç değildir. Bu liste tüm eyaletler için kapsaması zorunlu olan hizmetlerdir. Bu paketin tahmini maliyeti 10 dolar/aydır. Bu proje dahilinde yerel fonlar bu kişi başı maliyetin %50'sini karşılamakla yükümlüdür. Kalan %50 SB tarafından yerele aktarılacak kaynakla sağlanır. Bu kaynak; Plan Nacer proje bütçesidir. Proje bütçesinin bu finansmandaki payı yıllar içinde giderek azaltılacak ve 6. yılın sonunda proje devreden çıkarılarak tamamı SB'nin kendi kaynakları ile sağlanacaktır. Böylelikle yarısı yerel, yarısı merkez tarafından karşılan bir sigorta yapısına geçilmiş olacaktır. Aslında bu 10 dolarlık miktar tam da sigortalılardan toplanan "prim" kadardır. Proje kapsamında sigortasızlar için biçilen bu aylık ödeme "kişi başı/kafa başı ödeme" (capitation) diye tanımlanmaktadır. "Prim" olarak tanımlanırsa, bu projenin "geleneksel sağlık sigortası olarak anlama karışıklığına yol açabileceği" düşünülmektedir. Sözün özü, 10 dolar aslında prim kadar bir para olsa da karşılığında alınacak hizmet tam bir

Tablo 1. Temel hizmet paketi

6 yaş altı çocuklarda müdahaleler Lokal bakterial enfeksiyonlar (2 aydan küçük bebeklerde) Bağışıklama Akut respiratuar hastalıklar İshal Beslenme ve gelişim (anemi, paraziter hastalıklar) Diğer yeni doğan müdahaleleri	Gebelerde müdahaleler Pre ve postnatal bakım Doğum Preeklampsi/eklampsi Gebeliğin ilk yarısında kanama Doğum sonu kanama Sepsis Perinatal bakım
Doğum ve düşük sonrası bakım Cinsel ve üreme sağlığına yönelik danışmanlık Cinsel yolla bulaşan hastalıkların tedavisi	Laboratuvar tetkikleri ve gebelikteki diğer tetkikler Kangrubu ve Rh, hemogram, idrartetkiki, basiloskopi (Tüberküloz için), kan şekeri, kreatinin, bilirubin bakışı Ekografi Inkubator
Diğer kapsanan hizmetler Koruyucu sağlık müdahalelerinin planlanması Sağlık müdahaleleri için danışmanlık ve izlem	Yerli topluluklar Sağlık hizmetlerine erişimi olmayan yerli ailelerin veya toplulukların eğitimli sağlık çalışanı tarafından ziyaret edilmesi

Kaynak: DB, 2006

sağlık güvencesi olmayacaktır. Aynı miktar "prim" olarak sübvansede edilerek "tam" bir sağlık güvencesi sağlanabileceken, yarısı devlete (en azından başlangıçta) yarısı yerele ihale edilerek ve üstelik "temel hizmet paketine sınırlanmış" bir sigorta kapsamına geçiş yapılmaktadır. Bu aklın formal istihdam alanına da yansımaları durumunda işvereni prim yükünden kurtaracak ve toplum katkısının arttığı bir finansmanı yaratacağı ve geleneksel sağlık sigortasının kapsadığından daha azını (temel hizmet paketi) sisteme eklemeyeceği tehlikesini görmek gerekmektedir. Üstelik bunu yaparken yoksulların sağlık hizmetine erişimini iyileştirmek hedefi ön plana yerleştirilmektedir. Proje hedefinin sadece yoksullar olmadığı ve aslında sağlık güvencesini tüm toplum için daraltan ve sağlık harcamalarındaki yükü ağırlıklı olarak yerele kaydıran bir yeni sigorta finansman yapısına geçiş olduğu anlaşılmaktadır. Ulusal SB bütçesinin başlangıçta %8,7'sine mal olacak bu kişi başı ödemenin, altıncı yılda "sıfırlanacağı" öngörülmektedir. Kişi başı ödemelerin yerel SB bütçesindeki payı, ilk yılda %1 daha sonrasında ise %3,2'lere kadar yükselecektir. Bunu sağlamak için "toplumun sağlık sektörünü sübvansiyonu progresif ve etkin hale" getirilecektir. Sağlık hizmeti neredeyse tamamen devletin yükümlülükleri arasından sıyrılmaktadır. Tüm ülkeye projenin yayılmasının planlanandan çok daha kısa bir zamana çekilmesinde hükümetin gösterdiği heveslilik, elbette bu noktada daha da anlaşılır olmaktadır. Hükümet; eyaletlere merkezin belirlediği kurallara uymak koşulu ile "bu otonominin tadını çıkarmalarını" ve hizmet sunucularla

diledikleri gibi sözleşme yapma ve ödeme planı hazırlamalarını ve yeni hizmet sunum modellerini denemelerini önermektedir.

Proje Bütçesi

1,7 milyon kullanıcıya ulaşma hedefi olan bu projenin 646,3 milyon dolarlık bütçesinin kalemleri Tablo 2'de özetlenmiştir.

Bu tabloya dikkatlice bakıldığında bütçenin ana kalemini kişi başı ödemelerin oluşturduğu görülecektir. DB %37,6 lık kısmi destekle bu işe ön ayak olmakta ama yükü tedrici olarak önce merkeze sonra da tamamıyla yerele devretmektedir. Bir milyon yedi yüz bin kullanıcının primler yolu ile sübvansede edilmesi ve "tam" bir sağlık güvencesi kazanması yerine, aynı miktar para ile sadece ana çocuk sağlığı hizmetlerinden yararlandırılması operasyonu böylelikle gerçekleştirilmektedir. Başlangıçta %58,8 Arjantin Sağlık Bakanlığı'nca karşılanacak bu finansmanın ömrü 6 yıl olarak planlanmıştır. Sonraki aşama tamamen bu finansmanın yerele devridir. Yerele devir daha fazla toplum katkısı anlamına da gelecektir.

Çıktı temelli finansman: Eyalet SB, sigortasız listesini gönderdiği ay itibarıyla, kişi başı ödemenin %60'ını hemen teslim alabilir. Ancak kalan %40, bazı gereklilikleri yerine getirdikten sonra 3 ay sonra ödenecektir. Bu yeni ödeme biçimi "çıktı temellidir". Eğer belirlenen izlem noktalarını geçebilirse parasını hak edebilecektir. On izlem ölçütünün her

Tablo 2. Proje Bütçesi

Bileşen	Harcama (US\$ M)	Toplam içindeki %	Dünya bankasının Finansmanı (US\$ M)	Dünya bankasının toplam Finansman içindeki payı %
1. Anne-çocuk sağlığı sigorta programı	589,0	91,1	242,7	41,2
• Plan Nacer için Kişi başı ödeme	554,8	85,8	208,5	37,6
• Temel donanım için yatırım	14,8	2,3	14,8	100
• PHSDP için teknik destek	8,3	1,3	8,3	100
• Sağlık personelinin eğitimi	1,7	0,3	1,7	100
• Bilişim sistemleri için yatırım	4,8	0,7	4,8	100
• Yerel sağlık hizmet sunucuları için teknik destek	4,6	0,7	4,6	100
2. Merkezi ve Yerel Sağlık bakanlıklarının yönetim kapasitesinin güçlendirilmesi	10,1	1,6	10,1	100
3. İletişim ve topluma erişim	17,0	2,6	17,0	100
4. Programın izlem, değerlendirme ve sürekli denetimi	14,6	2,3	14,6	100
5. Proje yönetimi ve idari işler	1,6	0,2	1,6	100
Tahsis edilmemiş Fonlar	14	2,2	14,0	100
Toplam	646,3	100	300	46,4

Kaynak: DB, 2006

biri, parasının %4'ü demektir ve ancak 10 izlem ölçütünün tamamında istendik hedeflere ulaşırsa, parasının tamamını alacaktır. Elbette bu noktada yoksul ve dezavantajlı grupların nüfustaki oranının fazla olduğu, sağlık eşitsizliklerinin çok derin olduğu bölgelerde hedeflere ulaşmanın çok daha güç olacağı vurgusu önemlidir. Hedefe ulaşmak ise para demektir. Dar bütçeli yoksul eyaletler için ödenmeyen paranın, sağlık hizmet sunumunda ciddi sıkıntılar yaratabileceğini öngörmek güç değildir.

İzlem ölçütleri Tablo 3'te özetlenmiştir. Bu süreçte dış denetçiler (DB tarafından yetkilendirilen bağımsız denetçi şirketler) yerelin bildirdiği istatistiklerin doğruluğunu denetler. Ayrıca yerelin bildirdiği sigortasız listeleri, OS listeleri ile (yani sigortalıların listeleri ile) çakışıyorlarsa buradan da ceza alır ve çakışma saptanan her bir liste için yerelin kapıtasyon ödemesinden %20 kesinti yapılır. Yereldeki Satın Alma Ekipleri, sigortasızların yer aldığı listenin bu çakışmalardan arındırılmasından sorumludur. Yerele ödeme yapmamanın bahanesi çaktır.

APL I ve II nin tamamlayıcısı olarak belirtilen diğer iki projeye daha bu bağlamda bakmakta yarar vardır. Bu projelerden biri Pan American Health Organisation (PAHO), diğeri Inter American

Development Bank (IDB) destekli projelerdir. Dünyaya Sağlık Örgütünün Latin Amerika versiyonu olan PAHO'nun bu operasyondaki kurumsal kardeşliğini görmek gerekmektedir.

B. Zorunlu Halk Sağlığı Eylemleri ve Programları Projesi (Essential Public Health Functions And Program Projects-FESP I ve FESP II) PLAN SUMAR -PAHO ve DB projesi (DB, 2011)

Tıpkı APL I gibi bu projenin de ilk ayağı olan FESP I, sistemin fonksiyonlarının güçlendirilmesi için bir alt yapı projesidir. Projenin ikinci ayağı olan FESP II'nin temel amacı ise sigortasız nüfusun "belli bir hizmet menüsü" üzerinden kapsayıcılığını artırmak ve "çıkıtı temelli yaklaşım" ile hem yerel hem de merkezde "performans yönetimini" sağlamaktır. Plan Nacer'ın yolundan giderek "arz temelli bir sağlık sisteminden" etkin bir "talep temelli sisteme" geçişin amaçlandığı belirtilir.

Plan Sumar adını alan bu yeni programda sigortasız nüfus içindeki yeni hedef 10 yaş altı sigortasız çocuklar, 10-19 yaş gençler ve 20-64 yaş kadınlardır. Plan Nacer bu sürece 2012 sonu itibarıyla eklenenecektir (Heard, 2012). Daha önceki proje için belirlenen sözleşme tipleri, yerelin katkısının yıllar içinde artan miktarı aynen tekrarlanmaktadır. Kişi

Tablo 3. Proje bütçesi

İzlem ölçütü	Tanımı
Gebe kadınların prenatal bakıya zamanında dahil edilmesi	20. hafta öncesinde en az bir prenatal bakışı olan kadınların ulaşılması gereken (eligible) kadınlar içindeki oranı
Erken neonatal hizmet bakımının etkinliği	5. dakika Apgar Skoru 6 ve üzerinde olan çocukların ulaşılması gereken çocuklar içindeki oranı
Prenatal bakımın etkinliği ve doğum hizmeti	2500 gram üzerindeki bebeklerin ulaşılması gereken yenidoğanlar içindeki oranı
Prenatal bakım ve doğum kalitesi	VDRL testi ve tetanoz aşısı olan kadınların tüm doğum yapan ulaşılması gereken kadınlar içindeki oranı
Anne ve bebek ölümlerinin tıbbi denetimi	Ölümlerden tıbbi denetim yapılanların ulaşılması gereken kadınlar ve bebeklerde gerçekleşen ölümlere oranı
Aşı kapsayıcılığı	18 aydan küçük olup kızamık veya KKK aşısı olanların ulaşılması gereken çocuklar içindeki oranı
Cinsel ve üreme sağlığı bakımı	Lohusalar içinde cinsel ve üreme sağlığı danışmanlığı alanların ulaşılması gereken lohusalar içindeki oranı
Sağlıklı çocuk bakımı (1 yaştan küçük)	1 yaşından küçük olup tüm sağlıklı çocuk izlemleri yapılmış olanların, ulaşılması gerekenler içindeki oranı
Sağlıklı çocuk bakımı (1-6 yaş)	1-6 yaş olup tüm sağlıklı çocuk izlemleri yapılmış olanların, ulaşılması gerekenler içindeki oranı
Yerli nüfusların dahil edilmesi	Yerli nüfuslara sağlık hizmeti sunmak üzere Sağlık Temsilcisi (Sanitary agent- temel sağlık bakımı sunan personel) bulunduran sağlık kurumu sayısının bu nüfuslara hizmet veren sağlık kurumları içindeki oranı

Kaynak: DB, 2006

başı ödemeler için biçilen bütçe bu kez 290 milyon dolardır. İzlem ölçütlerinde bir farklı uygulama göze çarpmaktadır. Her bir ölçüt için tek bir eşik yerine minimum, orta ve yüksek düzeyde eşik değerleri belirlenmiştir.

Projenin yürütücüsü Sağlık Bakanlığı bünyesinde kurulan Proje Koordinasyon Birimidir (Project Coordination Unit-PCU). Bu birimin görevleri APL II'deki NHSPT ile aynıdır ve tıpkı özdeşi gibi o da Uluslararası Finans Birimi ile (UFI) yakın işbirliği içinde çalışmaktadır. Yöneticisinin seçim biçimi ve personel finansmanı da tıpatıp aynıdır. Bu birimin akıbeti de, APL II'deki yapı gibi proje bitiminde Ulusal Satın Alma Departmanı içine dahil olmaktadır. Dünya Bankası bu proje için de Operasyonlar El Kitabı hazırlamış ve sözleşme örneklerini de sağlamıştır. Yereldeki uzantının adı bu kez Yerel Sağlık Sigortası Birimi (Provincial health Insurance Units-PHIU) olmuştur. Görevler ve kurumsal yapı Plan Nacer'a oldukça benzerdir.

Projenin 2010-2016 Arjantin Sağlık Stratejisinde "sigortasızların uygun sağlık koruması altına alınması" hedefini desteklediği belirtilmektedir (DB, 2011).

Yerel Halk Sağlığı Sigorta Projesi (Provincial Public Health Insurance Project) (DB, 2011) FESP I ve II nin bir parçası olarak Nisan 2011'de onay alır. Kapsamı 6-9 yaş sigortasız çocuklar, 10-19 yaş gençler, 20-64 yaş kadınlardır. Proje kapsamındaki bireylere bir "hizmet menüsü" sunulmaktadır. Çıktı temelli ödemeler bağımsız denetçilerle denetlenecektir. "Yerelin daha fazla para koyması gerekecek zamanlar" için finansal sürdürülebilirlik güçlendirilecektir.

Federal Sağlık Programı (Federal Health Program-PROFE) (DB, 2010): İzlem, sürveyans ve sağlığın geliştirilmesi programlarının stratejik önemi üzerine kurgulandığı belirtilse de bu da bir hizmet daraltma programıdır. Bu kez hedefte kronik hastalıklarla ilgili yükü azaltmak vardır. FESP I ile başlayan alt yapı desteği kronik hastalık yönetimine odaklanır. Dezavantajlı grupların sağlık kapsayıcılığının yönetimi ve sonrasında da PROFE'nin bir kamu sağlık sigorta sistemine dönüştürülmesi ve bu bağlamda Sağlık Bakanlığı yönetişiminin güçlendirilmesi amaçları netlikle ifade edilmektedir. Peki kimdir bu proje kapsamındaki dezavantajlı gruplar? Yedi ve üzerinde çocuğu olan kadınlar, kronik hastalıklara bağlı ciddi engelliliği olan bireyler, 70 yaş üzeri olup sosyal güvenlik geliri olmayanlar bu program dahilindedir. İki bin ikideki 171.423 kişilik bu

hassas nüfus grubu 2008'de 626.000 kişiye ulaşmıştır. Amaçlarda da belirtildiği üzere bu da kamu sağlık sigorta sisteminin alacağı son halden bir önceki geçiş yapılanmasıdır.

C-REMIAR (Zorunlu ilaçların yoksullara sağlanması programı) -IDB projesi

REMIAR bir kriz programı olarak başlar. İki bin bir ekonomik krizi ile hanelerin sağlık için katastrofik harcamalar yapması gerekir, ilaç fiyatları özellikle ithal ilaçlarda inanılmaz seviyelere ulaşır. Kronik hastalıkları olan bireyler yaşam kurtarıcı ilaçlarına ulaşmakta zorlanır. İki bin ikide nüfusun %60'ı tüm sağlık harcamalarını ilaç için harcansa da ilaç ihtiyacının ancak %64'ünü sağlayabilmektedir (Homedes, 2006). SB ve IDB sürece müdahale etmek için yoksulluk seviyesinin altındakilerin ve sigortasız nüfusun birinci basamak başvurularında sağlanacak ilaçların ücretsiz hale gelmesini sağlayacak REMIAR programını başlatır (Maceira, 2006). İki bin iki - iki bin altı için planlanan program, sonrasında bir başka birinci basamağı güçlendirme programı (REDES) ile birleştirilerek sürdürülmüştür.

İki bin ikide başlayan program 36 ilacın 15 milyon Arjantinli'ye ulaşmasını sağlar. Ulusal vertikal bir program olarak tasarlanır. Seçilen ilaçlar birinci basamak sağlık kurumları olan CAPS da en sık başvuru nedeni olan unsurlara yöneliktir. Ulusal Kalite Programı yaptığı ilaç seçkinde birinci basamaktaki ilaç ihtiyacının %80'ini karşılayabilecek bir liste hazırlar. Toplam 177 milyon dolarlık bu bütçede, desteğin %40'ı ulusal SB tarafından ve kalanı IDB tarafından karşılanır. Beş bin üç yüz birinci basamak kurumundan 2200'ünde dağıtım gerçekleşir. İlaçlar kutu yerine birim-doza olarak ve uluslararası bilinen isimlerinden arındırılarak dağıtılır. Özel bir dağıtıcı kuruluş firmalardan ilaç toplama işini yapar ve ilaç kitlerini hazırlar. Bu kitlerin kapsamı her CAPS için aynıdır ancak kit içeriklerinin bölgelerin farklı sağlık ihtiyaçları doğrultusunda şekillendirilmemesi önemli bir eksiklik olarak öne çıkar. Aylık 15.000 kit dağıtımı yapılır. Her bir CAPS stok bildirimlerini teslim etmeden ilaçları alamaz. IDB programın gidişatı hakkında Sağlık Bakanlığı'ndan düzenli raporlama alır. Caritas ve Kızıl Haç da program bileşenleri arasında yerini alır, ücretsiz olarak iç denetim sürecini gerçekleştirirler. Ayrıca hazırlanan terapötik rehberler doğrultusunda reçeteleme yapılması sağlanmaya çalışılır (Homedes, 2006).

Ancak program kapsamındaki ilaçların gerçekten kapsamlı bir liste olup olmadığı sorgulanmalıdır. Çünkü 2003'te yapılan değerlendirmeler birinci

basamak sağlık kurumlarında ücretsiz sağlanan ilaçların sadece %32'sinin REMEDIAR programına ait olduğunu kalan %68'inin yerel SB'ler veya belediyeler tarafından karşılandığını göstermiştir. Ayrıca program öncesi yerelde ilaç üreten ve ücretsiz ilaç sağlayan bazı kamusal yapılar (Örn: Betalactam üreten bir kamusal laboratuvar) tüm ekipman ve personeli ile işlevsiz kalmış ve bu kamusal yapıların yöneticileri REMEDIAR'ı "şeytan" olarak tanımlamıştır. Muhalefet, REMEDIAR'ın kamusal ilaç üretimini baltalamak için üretilmiş bir proje olduğunu savunmaktadır. Ayrıca ilacı sağlamak, onun terapötik yararını garanti etmemektedir. Çünkü kutularından ve prospektüslerinden arındırılan ilaçların kullanımına ilişkin esaslar hekimin hastaya anlattığı direktiflere sınırlı kalmaktadır. Bunun ne kadar yararlı olduğu, ilaçların doğru kullanılıp kullanılmadığı ise hiç araştırılmamış bir konu olarak kalmaktadır. Bu ilaç dağıtım programının terapötik etkisi hiç bilinmemektedir. Rehberlerin ve yürütülen çalıştayların hekimlerin reçeteleme uygulamalarını ne kadar etkilediği de hiç değerlendirilmemiştir (**Homedes, 2006**).

İki bin yedideki değerlendirme REMEDIAR'ın kurumsallaşmadığı ve IDB borcuna bağımlı olduğu yönündedir. Nitekim 2007 sonrasında yeni borçlanma programıyla ve birinci basamağın güçlendirilmesi adı altındaki yeni programla IDB devrede kalmaya devam etmektedir. Eleştiriler bunun vergilerle finanse edilen ve kamusal üretilen ilaçlarla yürütülen bir projeye dönüştürülmesi ve olabildiğince ilaç tröstlerinden uzaklaştırılması yönündedir (**Homedes, 2006**).

Sonuç

Arjantin'de SB ile DB ilişkisi yapılandırılmış, yeni temas noktaları oluşturulmuş ve bu noktaların işlevleri etkinleştirilip sürdürülebilirlikleri mümkün kılacak mekanizmalar garanti edilmiştir. Merkezdeki bu finansal yapıların yönetsel güçleri de artırılmıştır. Bin dokuz yüz doksana yolda Birinci Sağlık Projesi kapsamında Türkiye'de kurulan Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü (SPGK) yolu ile SB bünyesine adım atan DB'nin, Türkiye açısından geldiği "entegrasyon" aşamasını ve dinamiklerini, yakın zamanda yayınlanan bir ilan adeta özetlemektedir. On dokuz Haziran 2013 tarihinde Türkiye Cumhuriyeti SB Strateji Geliştirme Başkanlığı "Sağlık Sektörünün Yeniden Yapılandırılmasına Destek Projesi" (Uluslararası İmar ve Kalkınma Bankası destekli) kapsamında "ekonomist danışmanı hizmet alımı"nı ilan etmektedir. İlanda; danışman seçiminin Dünya Bankası'nın Dünya Bankası Borçluları tarafından

Danışmanların Seçilmesi ve İstihdamı (Mayıs 2004, revize Ekim 2006 ve revize Mayıs 2010) başlıklı Danışmanlık Kılavuzunda belirtilen "Danışmanın Niteliklerine Göre Seçim Yöntemi" prosedürlerine uygun olarak yapılacağı belirtilmektedir (**SB, 2013**).

Süreç açısından Türkiye SB bünyesinde yeni kurulan veya güçlendirilen yapılar içerisinde yakın incelemeyi hak eden birimler olduğunu da vurgulamakta yarar vardır. SPGK'nın 2004'teki yeni adı olan Proje Yönetim Destek Birimi mevcut yapılanmada Genel Müdürlük ve Başkanlıklarla eş statülü konuşlanarak gücünü ve yetkilerini artırmakta, bünyesinde pek çok koordinatörlüğü toplamaktadır. Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu birimlerinden olan Finans Hizmetleri Başkan Yardımcılığı ve ona bağlı Merkez Satın Alma Daire Başkanlığı, diğer bazı birimler altında da tekrarlayan Mali Analiz Daire Başkanlığı ve Proje Yönetimi Daire Başkanlığı yanı sıra doğrudan kurum başkanlıklarına bağlı statüsü ile dikkat çeken Strateji Geliştirme Daire Başkanlıkları ve Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu'nun resmi sitesindeki teşkilat şemasında öne çıkarılan ve tüm diğer dairelerden ayrı tutularak özel açıklamalar getirilen Maliyet Analizi Daire Başkanlığı'nın özel ilgi hak ettikleri söylenebilir. Pek çok Bakanlıkta bir Daire Başkanlığı olarak yer alan "Dış İlişkiler ve Avrupa Birliği" başkanlığının, SB bünyesinde bir Genel Müdürlük olarak yapılması dikkat çekicidir. Bu birimlerin çalışmalarının ve mevzuat değişikliklerinin değerlendirilmesi Sağlık Bakanlığı'nın yeniden yapılanmasının izlemeni kolaylaştıracak ve "akıl" değişikliklerinin önemli ipuçlarını sunabilecektir.

Arjantin'de yürütülen bu projelerin yoksul odaklı görüntüsünün sadece siyasi bir argüman olduğu ortadadır ve oldukça tanındır. Yoksul politikaları kriz dönemlerinin "topluma yardım" illüzyonu olup aslında yoksullar için bile değildir. Arjantin'deki sağlık reformlarının özellikle 2001-2002 kriz döneminde ayyuka çıkan başarısızlığını, sağlık alanındaki yapısal krizler olarak görmek gerekmektedir. Her bir krizde, yine kendi işine yarayacak düzenlemelelerin çıkmasına fırsat doğuran bir neoliberal akıl söz konusudur. Bu akıl, Arjantin'de devleti DB'ye daha bağımlı ve direktiflere açık kılacak, Ulusal Sağlık Bakanlığı'nın finansman yükünü yerele kaydırarak azaltacak, yoksullar ve sonrasında tüm nüfusa yönelik bir yeni "daraltılmış" kamusal sağlık bakımını dayatacak ve kamu sağlık hizmetleri ayağını kamu-özel olarak sulandıracak bir yeni "sağlık ortamı" yaratmaktadır. Bu saptamalar Türkiye açısından da "yerleşen" sağlık hizmeti sunumu (Kamu Hastane Birlikleri ve hastaneleri) ve yönetimini (Birlik ve hastane

yöneticileri) de daha fazla sorgulamamız gerektiğini tekrar hatırlatmaktadır.

Arjantin halkı sağlıktaki derin eşitsizliklerle boğuşa dururken, DB de kendi neoliberal dertleri ile meşgul görünmektedir. İki bin beş öncesi reformlarla ehlileştirilen ve söz dinler hale getirilen Ulusal Sağlık Bakanlıkları şimdi yereli de yalnızlaştıracak ve bağımlı kılacak yapıların inşasını, DB ile işbirliği içinde yürütmektedir. Uluslararası finans kuruluşlarıyla işbirliği bu meşguliyetlerin ana temasıdır ve bu işbirliği, halkların daha fazla ezileceği ve daha da sağlıksızlaşacağı, ama sistemin kayırdıklarının karlı çıkacağı bu sağlık ortamının en önemli garantisidir.

Kaynaklar

Cavagnero, E. (2008) *Health sector reforms in Argentina and the performance of the health financing system.* *Health Policy* 88: 88-99.

Cavagnero, E. Bilger, M. (2010) *Equity during economic crisis: Financing of The Argentinain health system.* *Journal of Economics*, 29: 479-88.

DB (2006) *Project appraisal document on a proposed loan in the amount of US\$300 million to the Argentine Republic for the Provincial Maternal-Child Health Investment Project in support of the second phase of the Provincial Maternal Child Health Program.* Report No. 37702-AR. Human Development Sector Management Unit Argentina, Chile, Paraguay, Uruguay Country Management Unit, Latin America and the Caribbean Regional Office.

DB (2009) *Argentina: Provincial Maternal-Child Health Insurance. A results based financing at work.* *En Breve.* Number 150.

DB (2010) *Project Information Document: Global risk Prevention of Chronic Diseases project FESP II.* Project. Report No: AB5772.

DB (2011) *Project Information Document: Provincial Public health development Project.* Report No: 61130.

DSÖ web sayfası. (2013) *Country Profiles: Argentina.* Erişim Tarihi, 30 Temmuz 2013, <http://www.who.int/gho/countries/arg.pdf>

Ergin, I. (2007) *Arjantin Sağlık Sistemi ve Reformlar.* *Toplum ve Hekim Dergisi*, 22 (3):171-83.

Health of Nations (2012) Erişim Tarihi, 20 Haziran 2013, <http://www.healthofnations.com/countries/profile/argentina#policy-overview>

Heard, A. (2012) *Argentina builds on Plan Nacer to evolve into Plan Sumar.* *RBF (Results Based Financing) Health Bulletin.* Nov. 30 - Bulletin No. 41. Erişim Tarihi 8 Temmuz 2013, <http://www.rbfhealth.org/news/item/655/argentina-builds-plan-nacer-evolve-plan-sumar>

Homedes, N. Ugalde, A. (2006) *Improving access to pharmaceuticals in Brazil and Argentina.* *Health Policy Planning*, 21 (2):123-31.

IDRC (2000) *Reshaping health care in Latin America. A comparative analysis of health care reform in Argentina, Brazil and Mexico.* Ottawa, Canada.

Maceira, D. Apella, I. Barbieri, E. (2006) *Demand Needs and Subsidies in Pharmaceuticals: The Experience of the Remediar Program in Argentina.* 4th Biennial International Conference. International Society for Equity in Health (ISEqH) "Creating Healthy Societies through Inclusion and Equity" University of Adelaide, Australia.

Maceira, D., Reynoso, A. (2012) *Catastrophic and Impoverishing Health Expenditure in Argentina, 1997-2005.* In *Financing health in Latin America*, Edited by Knaul FM, Wong R, Ornelas HA., Harvard Global Equity Initiative, Mexican Health Foundation, International Development Research Centre. Harvard University Press

PAHO (2002) *Profile of the Health Services System of Argentina.* Erişim Tarihi, 15 Temmuz 2013, http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Health_System_Profile-Argentina_2002.pdf

PAHO (2012) *Health in the Americas: Argentina.* 2012 Edition: Country Volume.

SB (2013) *Sağlık sektörünün yeniden yapılandırılmasına destek projesi Kapsamında ekonomist danışmanı hizmet alımına davet.* Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığı. İkraz no. Ln-7717-tu. Proje referans no: syydp/sgb/2013/cs/a.4.2.4-a/1c/01-02. İlan yayımlama tarihi: 19.06.2013, Erişim Tarihi 22 Ağustos 2013.

<http://www.sgb.saglik.gov.tr/index.php?lang=tr&page=55&newsCat=3&newsID=779>