

DOSYA/DERLEME**URUGUAY SAĞLIK SİSTEMİ**

Feride AKSU*

Acı ama tanıdık bir öykü...

...“Uruguay, sıradağlar ve nemli otlaklar ülkesi. İnsanlardan önce, hayvanlar ele geçirmişti, potaslı kara topraklı geniş düzlükleri. Sayısız vahşi sürüleri deriler giyinmiş siğir çobanları, gaucholar kollardı. XIX. Yüzyılın ortalarına dek Uruguay kocaman bir hayvan yetiştirme çiftliğiydi. Meyve bahçeleri ve güzel kokulu çiçeklerle çevrili estansialarında ilk sömürgecilerin torunları ayrıcalıklarının tadını çıkarırlardı. Brezilya ve Arjantin arasında bir tampon devlet olan Uruguay bağımsızlığını bu güneyle beylerin yürekliliği ve hırsına borçluydu. Ülkenin gelir kaynakları et ve yündü. İhracat, hayvan yetiştiricilerine ve büyük ticari şirketlere önemli karlar sağladı. Ülkedeki bolluk Kalabria ve Endülüslü yoksulları hayallere düşürdü. 1880-1920 arasındaki sürede altı yüz bini aşkın yoksul İtalyan ve İspanyol köylüsü ve zanaatkarı Uruguay’a göç etti. Göçmenler Montevideo’ya yerleştiler, başkentin çevresindeki topraklarda ilk kez tarım yapılıyordu. Göçmenler beraberlerinde Avrupa proleterlerinin eşitlik özlemini de getirdiler. Bir yanda estansialar, diğer yanda artan nüfusuyla Montevideo. Uruguay örnek sosyal yasalara sahip olabilecek kadar zengindi. Hayvancılıktan elde edilen gelir başkenti ayakta tutuyor, ‘sosyal devlet’ de büyük toprak sahiplerine dokunmuyordu. 1968’de acımasız buhran, et ve yünün pazar bulamaması, devlet borçlarının patlama noktasına gelmesi, gösteriler, grevler... Temmuz 1973’te askeri cunta iktidarı ele geçirdi. Kemerleri sıkma politikası ve ücretlerin dondurulması halkı koyu bir sefaletin içine itti. Yüz bine yakın Uruguaylı yurtlarını terk ettiler.”... (Galeano, 1983)

Biraz coğrafya ve tarih...

“Uruguay” adı, yerlilerin dili olan Guarani’de “Boyalı Kuşlar Irmağı” anlamına gelir. Uruguay ya da yasal adıyla Uruguay Doğu Cumhuriyeti (República Oriental del Uruguay) Güney Amerika anakarasının güneyinde bir ülkedir. Kuzeyinde Brezilya, batısında Uruguay ırmağı ile Arjantin, güneyinde bu ırmağın denize döküldüğü Rio de la Plata (“gümüş ırmak”) koyu, doğusunda ise Atlantik okyanusu ile çevrili olan ülkenin ekonomisi tarıma, özellikle hayvancılığa dayalıdır. Kayda değer maden kaynakları bulunmayan Uruguay’ın endüstrisi de tarım ürünlerinin işlenmesine yöneliktir. MERCOSUR adı verilen Arjantin, Brezilya, Paraguay ve Uruguay’ın oluşturduğu güneyin ortak pazarı kurulduktan sonra hizmet sektörü de önem kazanmaya başlamıştır. Temsili demokrasi ile yönetilen ülkede, ulusal ve yerel yöneticilerin belirlenmesi için beş yılda bir seçim yapılmaktadır. Yürütme organı başkan ve 12 bakandan, yasama organı ise 30 senatör, başkan yardımcısı ve 99 temsilciden oluşmaktadır. Yargı organının en yüksek makamı yüksek mahkemedir. Yönetmel açıdan ülke 19 bölgeye ayrılmıştır, bölgelerden biri Montevideo’dur, diğer 18 bölgenin tümüne iç bölge denmektedir (Health in the Americas, 1998).

Latin Amerika’nın İsviçre’si olarak da adlandırılan Uruguay, güney Amerika’nın ilk refah devleti idi. 1960’lardaki iktisadi bunalımı hissedinceye kadar ileri sosyal sistemi, sekiz saatlik iş günü, anaokulundan üniversiteye kadar parasız eğitim olanakları ile insanlarına iyi bir hayat sunuyordu (<http://flag.blackened.net/~anarkom/tupamarolar.htm>). Arjantin ve Uruguay Latin Amerika içinde sağlık bakım standartlarının yüksek olduğu iki önde gelen ülkeydi (Health and Welfare Uruguay, 1990). Yirminci yüzyılın ilk yarısında devlet sağlık hizmetlerinin sunumunda lider bir rol üstlenmişti, bu süreç

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

özellikle alt sosyal sınıfların yararına idi. Orta ve üst sınıflar için ise özel sağlık hizmetleri her zaman tercih edilen seçenek idi (**Health and Welfare Uruguay, 1990**).

1958 yılında ülkeyi bu düzeye çıkaran ve orta sınıf ılımlı ilericiler, liberal eğilimli aydınlar ve reformcu küçük burjuvalardan oluşan Colorado (Renkliler) Partisi, iktidarı büyük toprak sahiplerinin partisi Blancos (Beyazlar)'a devretti. Blancos Partisi işbaşına geldiğinde sosyal hakları kaldırdı, sosyal hizmetleri sınırlandırdı, kalkınma planlarını uygulamaya koymadı ve IMF ile anlaşmalar yaptı. 1960'ların başında özellikle Montevideo'da örgütlenmeye başlayan ve 1966 Aralıkta "Movimiento Liberacion Nacional - Tupamaros", Ulusal Kurtuluş Hareketi - Tupamarolar adını alan örgüt, hükümetin politikalarına karşı "Robin Hood" eylemleri düzenlemeye başladı. 1970'lerde Uruguay refah devleti ve geniş kitlelere sunduğu koruma standartları inişe geçti. Latin Amerika'nın birçok ülkesinde başlayan sol ağırlıklı, anti-Amerikan hareketlenmeler, kıtanın kuzey komşusunu rahatsız etmeye başladı. Milyonlarca dolarlık yatırımlarıyla ABD "arka bahçe"sinde huzursuzluklar çıkartan bu hareketlere karşı, özellikle Şili, Arjantin ve Uruguay için tasarladığı Condor Plan'ı ile bu ülkelerdeki askeri darbelere ön ayak oldu ve binlerce insanı katlederek bu hareketlenmeleri durdurdu (**Pelit, 2006**). Temmuz 1973 Uruguay tarihine kara harflerle yazıldı. Blanco destekli darbe tüm hakları askıya aldığını ilan etti. (<http://flag.blackened.net/~anarkom/tupamarolar.htm>). 1973-1985 döneminde askeri yönetimin uyguladığı politikalar tüm sosyal yaşamın yanı sıra sağlık hizmetlerini de olumsuz etkiledi. Cunta hükümetinin koyduğu bütçe kısıtlamalarından kamu hastaneleri ve kliniklerinin hizmet standartları da olumsuz etkilendi. 1984'te ulusal gelirin %8,4'ü, hane halkı gelirin ise %7,5'i sağlık harcamalarına gitmekteydi ama o dönemde 400 bin Uruguaylı kamu ya da özel sağlık hizmetlerinin kapsamında değildi.

Kasım 1984'te yeniden genel seçimler yapıldı ve Colorado Partisinin başkan adayı kazandı. 1 Mart 1985'te, yaklaşık 12 yıllık dikta rejimi sonunda askerler yönetimi sivillere bıraktılar ve genel af ilan edildi (**Bermejo, 1991**). Tupamaro hareketi önderlerinin dışarı çıktıklarında aldıkları ilk karar legalleşme oldu. Geniş Cepheyi (Frente Amplio) yeniden canlandırdılar ve iyi bir örgütlenme modeli oturtmayı başararak 1989 Kasım seçimlerinde ülke genelinde %21,23 oy aldılar, ayrıca Montevideo'nun yerel yönetimine geldiler. 1985'te başa geçen sivil yönetimin kaynakları askeri harcamalardan sosyal harcamalara doğru yönlendirdiği belirtilmekle birlikte, eğitim ve sanasyona ayrılan pay yükselirken, sosyal güvenlik harcamalarında azalma kaydedildi (**Health and Welfare Uruguay, 1990**). Uruguay'ın yaklaşık 150 yıllık siyasi tarihinde Colorado ve Blanco Partileri dönüşümlü olarak iktidara gelmişti (**Pelit, 2006**). Ekim 2004 seçimlerinde ise sosyalistlerin, eski Tupamaro'ların, komünistlerin ve sosyal demokratların oluşturduğu koalisyon başa geçti ve bir onkolog olan Tabaré Vázquez Rosas çoğunluğun oylarıyla devlet başkanı seçildi (**Vázquez, 2007**). Makro ekonomik politika ve borç geri ödemeleri açısından tutucu bir politika izlenmesine

karşın bir vergi reformu gündeme getirildi. Geniş Cephe sosyal adaleti temel alan bir yol izledi gıdadan sağlık bakımına dek yoksul kesimin gereksinimlerini iki yıl için karşılamayı hedefleyen ve 100 milyon dolara mal olan bir acil planı (Plan de Atención Nacional a la Emergencia Social or PANES) uygulamaya koydu. Sosyal Kalkınma Bakanlığı tarafından yürütülen plan başlangıçta bürokratik yapısı nedeniyle eleştiriler aldı ama yine de Brezilya'nın benzer planı Fome Zero ile birlikte anıldı. 2005'te 322.070 Uruguaylı ve 74.700 aile bu plandan yardım aldı. Kooperatifler aracılığı ile üretimi arttıracak yeni projeler geliştirmek üzere çalışmalar yürütülmekte. 2006 yılının sloganı "Uruguay için iş" idi ve hedefleri, küçük sanayinin canlandırılması, yeni sosyal kooperatifler yardımı ile Uruguay'ı acil durumdan çıkartmak, özellikle gençler için daha umutlu yarınlara hazırlamaktı. Ancak yeni hükümetin bir yılı dolmadan Vázquez solu kandırmakla suçlandı. Dış borç ödemelerini sosyal politikaların önüne geçirdiği, çiftçilerin borçlarının ödenmesini ertelediği, Haiti'ye barış gücü için asker gönderdiği ve ABD ile açık ticaret anlaşması imzalaması olasılığı nedeniyle ciddi biçimde eleştirildi (**Long, 2006**).

Sosyal, ekonomik göstergeler ve kalkınmaya dair...

Uruguay 1999-2002 döneminde nüfusun büyük bir bölümünün temel sosyal ve ekonomik haklardan yoksun kalmasına neden olan bir ekonomik çöküş yaşadı. 2001 yılında büyüme hızı -2 idi ve işsizlik % 15,5'e ulaştı (**Focus on Uruguay, 2003**). Bu dönem zarfında yoksulların oranı ikiye katlanarak, 1999 yılında %15 iken 2003 yılında %31'e yükseldi. 2003'ten bu yana 18 yaş altı nüfusun yarısı yoksulluk sınırının altında yaşamakta (**UNFPA, 2001**).

Doğuştaki beklenen yaşam süresi, eğitim ve gelir düzeylerini hesaba katarak elde edilen İnsani Gelişmişlik İndeksi sıralamasında Uruguay 43. sırada yer almaktadır, 1975-2004 arasındaki dönemde İnsani Gelişim İndeksi 0.761'den 0.851'e bir gelişim izlemiştir (**UNDP, 2006**). Kişi başına düşen gelirin 3842 \$ (9421 \$ PPP) olduğu ülkede 1990-2004 döneminde, günde 1 dolardan az geliri olanlar toplam nüfusun %2'sini, günde 2 dolardan az geliri olanlar ise %5,7'sini oluşturmaktadır (**UNDP, 2006**). 2003 yılı verilerine göre nüfusun en yoksul %10'u toplam gelirin sadece %1,9'unu alırken, en zengin %10'u %34'ünü almaktadır. Yine nüfusun en yoksul %20'si toplam gelirin %5'ini alırken, en zengin %20'si %50,5'ini almaktadır. Gini katsayısı 44,9'dur. Ulusal gelirin %11,7'si, ihracat gelirlerinin %31,6'sı dış borç geri ödemelerine ayrılmaktadır.

Uruguay'da ilkökul, ortaokul ve lise düzeyinde okullaşma oranı %89'dur (**UNDP, 2006**). On yaş ve üzeri nüfusta okuma yazma bilmeyenlerin oranı %3,1'dir, bu oran kentlerde %2,8 iken kırsal bölgelerde %6,2'ye yükselmektedir. (**Health in the Americas, 1998**) 1995 yılından beri Uruguay, artan işsizlik ve yoksulluk ile karşı karşıyadır. Kentsel işsizlik 2000 yılında %13,6 ile son on yılların en yüksek düzeyine erişmiştir (**Health in the Americas, 1998**). Eğitim koşulları açısından cinsiyet

eşitsizliği olmamasına karşın, işsizlik kadın nüfusta daha yüksektir. Kadınlar güvencesiz işlerde daha yüksek oranda çalışmakta, eşit işe eşit ücret ödenmemektedir (UNFPA, 2001).

Demografi ve sağlık düzeyine ilişkin...

Birleşmiş Milletler Kalkınma Programının 2006 yılında çıkarttığı İnsan Kalkınma Raporuna göre Uruguay'da 3,4 milyon olan nüfusun %91,9'u kentlerde, yaklaşık yarısı, başkenti ve en büyük kenti olan Montevideo'da yaşamaktadır (UNDP, 2006). Uruguay nüfusun en hızlı yaşlandığı Latin Amerika ülkesi olarak bildirilmektedir. Doğuşta beklenen yaşam süresi 75,6 yıl olan Uruguay'da toplam doğurganlık hızı 2000–2005 döneminde kadın başına 2,3 çocuktur ve 15 yaş altı nüfus toplam nüfusun %24,4'ünü, 65 yaş üstü nüfus ise %13,2'sini oluşturmaktadır (UNDP, 2006). Kaba Doğum Hızı binde 16,3, Kaba Ölüm Hızı ise binde 9,5'tir (Health in the Americas, 1998). Sosyal sınıfı ne olursa olsun, Uruguaylı kadınlar için ideal çocuk sayısı ikidir. Ancak yoksul ve eğitimsiz kadınların doğurganlık hızları ve sahip oldukları çocuk sayısı anlamlı bir biçimde yüksektir.(UNFPA, 2001) Son kırk yılda dışı göç giderek artmaktadır ve son ekonomik krizde tepe noktasına ulaşmıştır. Çalışma yaşındaki Uruguaylıların ülke dışında iş aramaları sonucu ciddi bir beyin göçü yaşanmaktadır.

Uruguay'da yüz bin kişiye 365 hekim düşmektedir, kızamık bağışıklığının %95, BCG bağışıklığının ise %99 olduğu belirtilmektedir. Bebek ölüm hızı binde 15, beş yaş altı ölüm hızı binde 17, ana ölüm hızı ise yüz binde 27'dir (UNDP, 2006).

Bulaşıcı hastalık mücadelesinde başarılı olan Uruguay Şagas hastalığının endemik olduğu ülkelerde transmisyonun engellendiği ilk ülkedir (Health in the Americas, 1998). Uruguay'ın epidemiyolojik dönüşümünü tamamladığı için bulaşıcı olmayan hastalıkların prevalansının yüksek olduğu bir sağlık görüntüsüne sahip olduğu, kronik hastalıkların özellikle sağlık konusundaki bilgisi ve sağlık hizmetlerine erişimi sınırlı olan yoksul kesimlerin sorunu olduğu bildirilmektedir. Kronik hastalıklar toplam DALY kayıplarının %75'ini oluşturmakta iken, kalp damar hastalıkları ve malign tümörler tüm ölümlerin %58'inden sorumludur (WB, 2006)

Sağlık sistemi

Uruguay Anayasasına göre devlet vatandaşlarının fiziksel, ruhsal ve sosyal açıdan daha iyi koşullarda yaşaması için kamu sağlığını ve hijyenini ilgilendiren tüm konularda yasal düzenlemeleri yapar. Yine Anayasaya göre devlet koruyucu önlemleri alacak ve kaynak yetersizliği olanlara ücretsiz sağlık hizmeti sunacaktır (Health in the Americas, 1998).

Uruguay sağlık sistemi karma bir yapıya sahiptir. Düşük gelir gruplarına hizmet veren kamu sektörü ve

yüksek gelir gruplarına hizmet veren özel sektör olmak üzere iki sektörden oluşmaktadır (PAHO, 1999). 1987 yılında yasayla Sağlık Bakanlığı'nın çatısı altında otonom bir yapı olarak Devlet Sağlık Hizmetleri Yönetimi kurulmuştur (Health in the Americas, 1998).

Kamu sektörü sağlık hizmetlerini Sağlık Bakanlığı'nın çatısı altında ve Devlet Sağlık Hizmetleri Yönetimi (DSHY), Üniversite Hastanesi, Silahlı Kuvvetler Sağlık Hizmetleri, Polis Sağlık Hizmetleri, Sosyal Refah Bankası, otonom ve desantralize kurumlar ve 19 bölgenin kurumları aracılığıyla sunmaktadır.

Özel sağlık sektörü ise temel olarak Kolektif Sağlık Bakımı Kurumları (KSBK) aracılığıyla hizmet sunmaktadır. Özel bir yasa ile kurulan ve kar amacı gütmeyi ifade edilen bu kurumlar önceden primleri ödenmiş sağlık sigortası aracılığıyla yaklaşık olarak nüfusun yarısına hizmet sunmaktadır. Üç tip Kolektif Sağlık Bakımı Kurumu vardır. Üyelerine sigorta temelli bir hizmet sunan karşılıklı yardım birlikleri, üyelerine ve yakınlarına tıbbi bakım sunan profesyonel kooperatifler ve özel şirketlerin kendi çalışanlarına ve ailelerine hizmet sunan kuruluşlar. KSBK'lar birbirleriyle rekabet eden bağımsız kuruluşlardır. Devlet yasal ve teknik açıdan denetlese de üst düzeyde otonom bir yapılı vardır. Uruguay'da 53 adet Kolektif Sağlık Bakımı Kurumu bulunmaktadır. Bunların 35 kadarı İç Bölge Hekim federasyonu aracılığıyla birbirleriyle bağlantılı olan ülkenin iç bölgelerindeki hekim kooperatifleridir (Health in the Americas, 1998). Kolektif Sağlık Bakımı Kurumları'nın yanı sıra ayrıca yüksek gelir gruplarına hizmet sunan birkaç tane özel sanatoryum, 68 kısmi sigorta sağlık planı, birkaç ileri derecede uzmanlaşmış tıp enstitüsü, özel hekim muayenahaneleri, özel bakım evleri ve yabancı sigorta şirketleri bulunmaktadır. Bunlar hizmetlerini KSBK'lara kiralamakta ve kısmi olarak sigorta kapsamında yer almaktadırlar. Devlet Sağlık Hizmetleri Yönetimi (DSHY) sağlık kuruluşlarının kullanımını ve yönetimini bölgesel hükümetlere devretme ve KSBK ile bu kurumların olanaklarını kullanma konusunda anlaşmalar yapmaya yetkilidir (Health in the Americas, 1998).

1980'li yıllarda sağlık hizmetleri sahnesine üçüncü bir hizmet tipi eklenmiştir; özel acil sağlık hizmetleri. Bu hizmetlere önceden yapılan aylık ödemelerle üye olunmaktadır. Orta sınıfın önemli bir bölümünün, üst orta sınıf ve üst sınıfın ise hemen tamamının bu sisteme üye olduğu bildirilmektedir (Figueira, 2003).

Yataklı tedavi kurumları

1971'de hastane yataklarının %82'si Sağlık Bakanlığı'na bağlı kuruluşlar tarafından işletilmekteydi. Aynı kamu hastaneleri hastaneye yatışların %69,5'ini karşılamaktaydı. Öte yandan Genel Pratisyen başvurularının %61'i Kolektif Sağlık Bakımı Kurumları yani özel sektör tarafından karşılanmaktaydı. Aynı yıl Montevideo'da yaşayanların %58,9'u bu özel kurumlar tarafından kapsanmaktaydı. Nüfusun %11,8'inin Sağlık Bakanlığı tarafından sağlanmış ve ücretsiz hizmet

almalarını sağlayan resmi sağlık kartesi vardı. Yüzde 6,8'i ise işyerleri üzerinden sağlık hizmetine erişmekteydi. Yüzde 5,8'i birkaç kaynaktan hizmet alırken %16,6'sının hiçbir sağlık hizmetine erişimi söz konusu değildi. 1980 yılında kamuya ait 9 089 hastane yatağının beşte üçü başkentte idi. 1973–1985 askeri cunta döneminde hükümet sağlık harcamalarını sadece askerlerin ve yakınlarının hizmet alabildiği askeri hastanelere kaydırmıştı. 1985 sonrasında sağlık hizmetleri kapsayıcılığının artırılması için çaba harcadığı ifade edilmekte, 1984–1988 döneminde KSBK'nın kapsayıcılığının %17 oranında yükseldiği, kamu sağlık hizmetlerinin kapsayıcılığının ise iç bölgede arttığı ifade edilmektedir (**Health and Welfare Uruguay, 1990**).

Günümüzde DSHY tüm ülkeye yayılmış 65 sağlık kuruluşuna ve 8553 hasta yatağına sahiptir. Üniversite eğitim hastanesi 700 yatağı ile sağlık bakanlığı hizmet kullanıcılarına ücretsiz, toplumun geri kalanına ücreti karşılığı üçüncü basamak sağlık hizmeti sunmaktadır. Silahlı Kuvvetlerin yaklaşık 220 bin kişiye hizmet sunan 447 yataklı bir hastanesi, Polis Sağlık Hizmetlerinin ise yaklaşık 120 bin kişiye hizmet veren 70 yatağı vardır. Devlet Sigorta Fonunun Montevideo'da Sosyal Sağlık Sigortası tarafından kapsanan meslek hastalıkları ve iş kazaları alanında hizmet veren 160 yataklı bir hastanesi vardır. Yerel yönetimler de ayrıca ülke genelinde ayaktan bakım hizmetleri sunmaktadır. Sosyal Güvenlik Fonu ise işçilere ya da eşlerine gebelik döneminde, doğum sırasında bakım hizmeti sunmakta, doğan bebeğin altı yaşına dek bakımını sağlamaktadır.

Kapsayıcılık

Sağlık hizmetlerinin kapsayıcılığı açısından bir değerlendirme yapıldığında Devlet Sağlık Hizmetleri Yönetimi nüfusun %33,7'sine, Kolektif Sağlık Bakımı Kurumları %46,6'sına, Silahlı Kuvvetler Sağlık Hizmetleri %4,2'sine, Polis Sağlık Hizmetleri %1,8'ine ve diğer kurumlar %1,2'sine hizmet sunmaktadır. Uruguay'da sağlık hizmetlerine erişim yüksek görünmekle birlikte, nüfusun %11,7'si herhangi bir kurum çatısı altında değildir ve %0,9'una ilişkin bir veri bulunmamaktadır (**Health in the Americas, 1998**).

Sağlıkla ilgili yatırımlar cunta sonrası dönemde artış göstermiştir. 1985'te 564 bin dolar iken 1987'de 2,2 milyon dolara yükseldi. Aynı dönemde sağlık kurumları inşaatı için harcanan paranın da arttığı bildirilmekte. Toplam harcamalar içinde Sağlık Bakanlığının payı %34 oranında artarken, ilaç harcamaları ikiye katlandı. 1989'da yabancı kalkınma ajanslarının büyük yatırımlar yaparak yeni hastaneler açması da gündeme gelmişti (**Health and Welfare Uruguay, 1990**).

Sağlık harcamaları

1994–2003 döneminde ulusal gelirden sağlığa ayrılan pay %20 oranında artış gösterdi, bu artış gündelik yaşamın sürdürülmesi için harcanması gereken paranın artışından daha yüksekti. Sağlık sisteminde finans baskısı

yaratan en önemli etmenin, sosyal güvenlik ve sağlık sigorta sistemi olduğu iddia edilmekteydi. Sağlık sistemi son yıllarda giderek artan oranda açık vermeye başlamıştı. Bu açık, gelirin %25'i oranına yükselmişti. Açığın genel vergilerle kapatıldığı, ancak, ciddi bir sürdürülebilirlik sorununun gündeme geldiği belirtilmekteydi. Ayrıca, işverenlerin ödediği ve sigorta primlerine temel oluşturan ücret faturaları arasında geniş farklılıklar vardı. Hane halkı sağlık harcamalarında da finans baskısı söz konusuydu. Montevideo'da hane halkının %30'u, iç bölgelerde ise %25'i hane gelirlerinin %20'sinden fazlasını sağlık için harcamaktaydı. Sosyal güvenlik sisteminin prim maliyetleri 1993 yılından bu yana, asgari ücretin artış hızının iki katı, muayene başına katkı payı ise %75 oranında artış göstermişti (**WB, 2006**).

Kolektif Sağlık Bakımı Kurumları son yıllarda uzun erimli bir finans krizine girmiş, özel hizmet sunan bu kurumlarda çok sayıda (1999'dan bu yana %15 civarında) iflaslar yaşanmış, bu durum sistemin sürdürülebilirliğine ilişkin soru işaretleri oluşturmuştu. 1991–2001 döneminde kamu sektöründe de katlanmış olarak bir işletme açığı ortaya çıkmıştı. Öte yandan, hizmetlerin finansmanı açısından eşitsizliklerin olduğu, kamudan özel sektöre finans desteği yapıldığı bildirilmekteydi. Kolektif Sağlık Bakımı Kurumlarına bağlı olanların %10'u aldıkları sağlık hizmetinin en azından bir kısmını kamu sektöründen aldıklarını bildirmekteydi. Bu ise kamudan özele bir çapraz fon aktarımı anlamına gelmektedir (**WB, 2006**).

2003 yılı itibariyle sağlık harcamalarına bakıldığında kişi başına sağlık harcamasının 824 \$ olduğu, kamusal sağlık harcamalarının GSMH içindeki payı %2,7 iken, özel sağlık harcamalarının %7,1 olduğu izlenmektedir. Sağlık harcamalarının; demografik değişiklikler, kentleşmeyle birlikte yaşam tarzının ve standartlarının değişmesi gibi nedenlerle zaman içinde artış eğilimi gösterdiği izlenmektedir. Kamu sağlık sisteminin devletten yeterli kaynak desteği almadığı ve kapasitesini etkin biçimde kullanmadığı bildirilmektedir (**Focus on Uruguay, 2003**).

Sosyal güvenlik

Uruguay 1896 yılında öğretmenlere yönelik bir programla sosyal güvenlik ve emeklilik alanında öncü bir rol üstlenmişti. Daha sonra bu sistem işgücünün farklı alanlarına doğru genişlemiş ve oldukça karmaşık ve bürokratik bir yapı oluşmuştu. 1943'te ailelerin bakmakla yükümlü oldukları kişi bazında ödeme yapılan bir sistem önerildi ve tüm sistem bütünleştirildi. Emeklilik sisteminden elde edilecek haklar farklı siyasal partiler tarafından oy kaygısıyla suiistimal edildi. Bir dönem tekstil işkolunda çalıştığı varsayılan işçilere verilen emeklilik ödenekleri bu işkolundaki işçi sayısından daha fazla idi. Sisteme yönelik eleştirilerin yoğunlaşması üzerine, 1967 anayasasına dayanarak, tek bir Sosyal Güvenlik Bankası kuruldu. 1973–85 arasındaki cunta döneminde fonlar konsolide edilerek Sosyal Güvenlik Genel Müdürlüğü altında toplandı.

Sosyal güvenlikle ilgili ödemeler ağırlıklı olarak emeklilik ödemeleri olmakla birlikte, zaman içinde azalan oranlarda çocuk, hastalık ve işsizlik yardımları da yapılmaktaydı. Gelişmiş ülkelerde olduğu gibi uzun erimli bir yaşlanma eğilimi olan ülkede, toplam nüfus içinde yaşlıların oranının yüksekliği ve emeklilikten sonra yaşanan sürenin erkekler için 16, kadınlar için 20 yıl olması sosyal güvenlik programlarına yük getirecek bir gelişme olarak tanımlandı. Nüfusun yaşlanması emeklilik gelirlerinin gerçek değerlerinin de düşmesinde neden oldu. 1985–90 döneminde özellikle dar gelirli emeklileri hedefleyen ve ortalama %20 düzeyinde bir gelir artışı sağlandı (**Health and Welfare Uruguay, 1990**).

1994 yılına dek Uruguay'ın sosyal güvenlik sistemi bütçe düzenlemeleri ile desteklenen, peşin ödemelerle finanse edilen ve kurumsal açıdan parçalı bir yapıya sahipti. Temel kurum Banco de Previsión Social (BPS) kamu çalışanlarına, öğretmenlere ve endüstri, ticaret, inşaat, hizmet ve tarım sektörlerinde çalışan özel sektör mensuplarına emeklilik ve sağlık hizmeti sağlamaktaydı. BPS toplam emeklilerin %97'sini, toplam katkılarının da %85'ini bünyesinde barındırıyordu. Üniversite mensupları, banka çalışanları ve noterler kendilerine özgü bir kurumsal yapı tarafından kapsanmışlardı. Silahlı kuvvetler ve polislerin de tümüyle ayrı bir sosyal güvenlik sistemi bulunmaktaydı. Tüm bu kurumlar aracılığıyla sosyal güvenlik sistemi ekonomik olarak aktif olan nüfusun %64'ünü kapsamaktaydı. 1995 yılında Parlamentoda sosyal güvenlik sistemini yeniden düzenleyen bir yasa kabul edildi. Sosyal güvenlik reformu adı verilen bu değişiklik ile kamu sisteminden herkesin kendi katkı payını ödediği bir karma sisteme geçiş yapıldı (**Figueira, 2003**). Yasa emeklilik, sakatlık konularında düzenlemeler yapmakta, sosyal güvenliğin sağlık, çalışan işçilerin hakları, sosyal yardım işlevlerine hiç değinmemektedir. Sosyal güvenlik "reformu" yararlanılacak hakların katkılarıyla ilintilendirilmesini, emeklilik yaşının yükseltilmesini ve emeklilik hak edebilmek için gerekli çalışma süresinin uzatılmasını, asgari ücretle çalışanların haklarının sınırlandırılmasını getirmekteydi (**Mosconi, 1995**). Özel şirketlerin işçileri ise Sosyal Sağlık Sigortası aracılığıyla zorunlu bir sağlık planına sahiptir. Plan bu kişileri KSBK'lar ile ilişkilendirir ve kendileri için tam sağlık bakımı sağlar, ancak işçilerin yakınları bu hizmet kapsamında değildir. İşsizlik durumunda sağlık sigorta planı işçi yeniden iş bulana dek ve en fazla altı aylık bir süre için sağlık bakımı sağlamaktadır (**Health in the Americas, 1998**).

Sonuç olarak Uruguay'da sağlık hizmetlerine erişim açısından tabakalı bir yapı vardır. Birinci tabakada sağlık için çok az para ödeme gücü olan ya da hiç ödeme gücü olmayanların yararlandığı, inişe geçtiği ifade edilen kamu sağlık sistemi yer almaktadır. İkinci tabakada sadece sigorta primlerini ödeyebilenler, üçüncü tabakada sigorta primleri yanı sıra özel acil servis hizmeti için ödeme yapabilenler bulunmaktadır. Dördüncü tabakada ise özel sigorta aracılığıyla tümüyle özel sağlık hizmetlerinden yararlananlar yer almaktadır (**Figueira, 2003**).

Sağlık reformu

Sağlık hizmetlerinde reform; gereksiz kamu sağlık kuruluşlarının tedrici biçimde saf dışı bırakılmasını öncelendiğini ifade etmektedir. Bu yaklaşımla Sağlık Bakanlığı'nın etkinlik ve etkililiğinin yükseltilmesi hedeflenmiştir. Sağlık Bakanlığı'nın doğrudan hizmet sunduğu etkinliklerinin zaman içinde azaltılması, "gereksiz" olan tüm işlevlerini üçüncü şahıslara devretmesi, sorumlulukların ve kaynakların yeniden dağıtılması yoluyla desantralize bir sağlık yönetimi modeline geçiş yapılması reformun ana bileşenleridir.

Sağlık sektörü reformu temel sağlık bakımının yeniden değerlendirilmesi, kamu ve özel sektör arasındaki eşgüdümün geliştirilmesi, sağlık enformasyon sisteminin modernleştirilmesi ve Sağlık Bakanlığı'nın desantralize edilmesini içermektedir. Hastanelerin desantralizasyonu ise 1987 yılında bakanlığa bağlı hastanelerin yönetimi için kurulan bir kamu kurumu aracılığıyla zaten başlatılmıştı. Projenin hedefi sağlık kurumlarının yönetimini geliştirmek, kaynakların kullanımını ve yönetilmesini etkinleştirmek, var olan hastane alt yapısını kullanarak özel sektörle işlevsel eşgüdüm sağlamaktı. Kamu hastanelerinin desantralize edilmesindeki hedef sağlık kuruluşlarının yanıt kapasitesini geliştirmek olarak ifade edilmekteydi. Kamu hastaneleri için süreç ve çıktılarının değerlendirilmesine dayanan, hizmetlerin maliyet ve kalitesine odaklanan yeni yönetim modelleri yaratmak hedeflenmişti.

1995 yılında hükümet iki borç anlaşması imzalamıştı. Bunlardan biri Dünya Bankası ile imzalanan 'Sağlık Sektörünün Kurumsal Güçlendirilmesi' projesine finans sağlayan anlaşma idi. Diğeri ise Uluslararası Kalkınma Bankası ile imzalanan 'Sosyal Alanın Güçlendirilmesi' projesine finans sağlayan anlaşma idi. Bu kapsamda Dünya Bankası iki yasal çerçeve hazırlamıştı. Bunlardan birincisi kamu hastanelerinin desantralize edilerek yönetilmesine, diğeri ise sağlık hizmetlerine erişimi tek bir resmi kayıt altında toplamaya yönelik yasal çerçevelerdi (**Health in the Americas, 1998**).

Yürürlüğe konan devlet reformuna göre Sağlık Bakanlığına iki temel görev verilmektedir. Bunlardan birincisi özellikle yerli gruplara ve yoksullara yönelik korunma programlarının yürütülmesi ve ücretsiz sağlık bakımı sunulmasıdır. İkincisi ise risk faktörlerinin azaltılarak sağlığın korunması ve geliştirilmesi ve tüm toplum için sağlık hizmetlerinin kalitesinin, etkinliğinin ve etkililiğinin geliştirilmesidir (**Health in the Americas, 1998**). Son dönemlerdeki tanımıyla Sağlık Bakanlığı sağlık hizmetlerinin standardizasyonu, izlenmesi, değerlendirilmesi ve sağlık sektörünün düzenlenmesinden sorumludur. Parlamentoda kabul edilen bir yasa ile Sağlık Bakanlığı'nın işlevsel yeniden yapılanması uygulama aşamasına gelmiştir. Bu çerçevede üç ayrı çalışma alanı belirlenmiştir; sağlık hizmetleri (hizmet kalitesi, hizmetlerin değerlendirilmesi ve kayıtlar), ürünler (sağlık ekipleri, tanı amacıyla kullanılan kimyasallar ve ilaçlar) ve toplumun

sağlığı (epidemioloji ve öncelikli sağlık sorunlarına yönelik programlar) (PAHO, 1999).

Sonuç ya da İroni...

"Çalışma yaşındaki Uruguaylıların ülke dışında iş aramaları, beyin göçü ve nüfusun yaşlanması; sosyal güvenlik ve sağlık sistemlerinin üzerindeki baskıyı arttırmıştı. 2005 yılında yeni hükümet sosyal konulardaki ilgisini kanıtlayan bir seri reformu gündeme getirdi. Bunlar desantralizasyon, sağlık sektörü reformu, cinsiyet eşitliği ve göç eden Uruguaylılara yönelik ve ulusal istatistik sisteminin kapasitesinin geliştirilmesine yönelik siyasetler kapsamaktaydı" (UNFPA, 2001).

Latin Amerika'nın bu küçük ülkesinde iktidar değişikliği sağlık alanına olumlu biçimde yansımamış, Dünya Bankası güdümlü "sağlık reformu" rüzgarlarından Uruguay da nasibini almıştır. Sosyal güvenlik reformu özellikle alt gelir gruplarının, informal sektörde ya da yarı zamanlı çalışanların ve kadınların aleyhine eşitsizlikleri derinleştirmiştir. Sağlık hizmetlerinin finansmanının giderek daha pahalı hale geldiği, ulusal gelirden sağlığa ayrılan payın %11 ile İsviçre'ye eşit olduğu ve ABD ile Lübnan dışında tüm ülkelerden yüksek olduğu (UNDP, 2004) belirtilirken, reform adı verilen düzenlemelerden en karlı çıkanlar ilaç şirketleri ve özel sağlık sektörü olmuştur. Piyasalaşmış sağlık hizmetlerine erişimdeki eşitsizliklerin ortadan kaldırılamadığı bildirilmektedir (WB, 2006).

KAYNAKLAR

Bermejo, E.G. (1991) Ateşi Tutmak, bir Tupamaro Geçmişe Bakıyor.

Figueira, F. (2003), The reform of the social sector: statism, inequality and Focus on Uruguay, www.ifrc.org/docs/appeals/annual03/UrFocus2003.pdf

Galeano, E. (1983) Latin Amerika'nın Kesik Damarları.

Health in the Americas; (1998) Health Situation Analysis and Trends Country Chapter, <http://www.paho.org/english/sha/prfluru.htm>, erişim Nisan 2007.

Health and Welfare Source: Uruguay, U.S. Library of Congress, (1990), <http://countrystudies.us/uruguay/41.htm>

<http://flag.blackened.net/~anarkom/tupamarolar.htm>

Long, P. (2006). <http://lahy.wordpress.com/2006/07/16/uruguay-baskan-vazquez-solu-kandiriyor> erişim 8.5.07

Mosconi, G.M. (1997) An Assessment of Pension System Reform in Uruguay in (1995), Washington, D.C. June.

PAHO, Uruguay Profile of Health Services System, (1999).

Pelit; A. (2006) Uruguay'da değişim, <http://lahy.wordpress.com/tag/uruguay/>, erişim 8.5.07

Tabare V. (2007). http://en.wikipedia.org/wiki/Tabare_Vazquez

UNDP, (2004). Human Development Report.

UNDP, (2006) Human Development Report.

UNFPA, (2001) Country programme for Uruguay <http://www.unfpa.org/cp/ury/ury01-03.pdf> , erişim Mayıs 2007.

WB, (2006), URUGUAY\Investmen Loan\PCN\Project Information Document - Concept.