

# **BOLİVYA SAğLIK SİSTEMİ**

ARAŐTIRMA YÖNETİCİSİ - EDITÖR

Doç. Dr. A. Erdal SARGUTAN

ARAŐTIRMA GRUBU

Erman KAYA

Aydın YILMAZ

Emrah KEKLİK

Ahmet DEMEZ

A. ERDAL SARGUTAN

**BOLİVYA SAĞLIK SİSTEMİ**

<b>ÖZET</b>	558
<b>I. ÜLKE TANITIMI</b>	559
I.1. Doğal Yapı	559
I.1.1. İklim	559
I.1.2. Bitki Örtüsü Ve Hayvan Varlığı	560
I.2. Tarih	560
I.3. Nüfus Ve Yerleşim	561
I.4. Devlet Yapısı	562
I.5. Ekonomi	562
I.6. Ulaşım	563
I.7. Eğitim, Sağlık Ve Sosyal Hizmetler	563
I.8. Kültürel Yaşam	563
<b>II. SAĞLIK SİSTEMİ</b>	564
II.1. Sağlık Yapısı	564
II.2. Sağlık Sisteminin Örgütlenmesi	565
II.2.1. Sağlık Ve Spor Bakanlığı	565
II.2.2. Bölgesel ve Yerel Yönetimler	566
II.2.3. Ulusal Sağlık Bilgi Sistemi	566
II.2.4. Sağlık Hizmetlerinin Desantralizasyonu	566
II.3. Sağlık Hizmetlerinin Sunumu	567
II.3.1. Halk Sağlığı Hizmetleri	568
II.3.2. Birincil Sağlık Hizmetleri	569
II.3.3. İkincil ve Üçüncül Sağlık Hizmetleri	569
II.3.4. Geleneksel Tıp Uygulamaları	570
II.3.5. Özel Sektör	571
II.4. Sosyal Güvence Sektörü	571
II.5. Sağlık İnsangücü	572
II.6. İlaç Sektörü	574
II.7. Sağlık Teknolojisi	575
II.8. Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Harcamaları	575
II.8.1. Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı	575
II.8.1.1. Devlet Hazinesi	575
II.8.1.2. Belediyeler	576
II.8.1.3. Kuruluşlar-Şirketler	576
II.8.1.4. Hane Halkı Sağlık Harcamaları	576
II.8.1.5. Devlete Ait Olmayan Kuruluşlar	576
II.8.1.6. Dış Kaynaklar	576
II.8.2. Sağlık Hizmetlerinin Harcamaları	577
II.9. Sağlık Reformları	579
II.9.1. Ulusal Sağlık Politika ve Planları	580
II.10. Dış Kaynaklı Teknik Ve Finansal İşbirliği	581
<b>III. BOLİVYA VE TÜRKİYE SAĞLIK SİSTEMLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI</b>	582
<b>KAYNAKLAR</b>	584

## ÖZET

Bolivya sağlık sistemi kamu sektörü, kâr amaçlı ve kâr amaçlı olmayan özel sektör ile sosyal güvence sisteminden oluşmaktadır.

Sağlık alt yapısının yönetiminin belediyelere devredilmesini zorunlu kılan "Toplumsal Katılım Yasası" (sağlık işgücü yönetimi hariç) ile sağlık hizmetlerinde yerinden yönetim konusunda büyük bir adım atılmıştır. Sosyal ve ekonomik gelişmenin sağlanması amacıyla 2000 yılında hükümetle yapılan görüşmeler sonucunda, hükümet ve sivil toplum kuruluşları, sağlık hizmetlerini yerinden yönetimi ve bu sorumluluğun belediyelere devredilmesi konusunda görüş birliğine varmışlardır. Bu görüşmeler sonucunda sağlık personelinin yönetiminin de belediyelere devredilmesi, Sağlık Ve Spor Bakanlığı'nın yalnızca denetim ve politikaların belirlenmesinden sorumlu olması konusunda anlaşma yapılmıştır.

Bolivya'da birincil sağlık hizmetleri sunan sağlık kuruluşları belediyelere devredilmiştir. Belediyeler hizmetin sunumundan doğrudan sorumludur.

Bolivya'da geleneksel tıp uygulamaları çok yaygındır. Hatta geleneksel tıp uygulayıcılarının kamu hizmetleri alanında çalıştırılmalarına izin verilmiştir.

Sağlık hizmetleri arzının finansmanı büyük ölçüde devlet hazinesi ve belediyeler tarafından karşılanır. Bunların yanında kuruluşlar ve şirketler ile dış kaynaklarda önemli finansman kaynaklarıdır.

Sosyal güvenlik sistemi hala gelişme aşamasındadır. Kentsel kesimlerde çalışan işgücünün büyük bölümü kayıt dışıdır. İşgücünün yaklaşık %80'inin kayıt dışı çalıştığı tahmin edilmektedir. Bu oran kırsal kesimlerde %100'e ulaşmaktadır. Sonuç olarak nüfusun yalnızca 1/4'ü sosyal güvenlik sistemi kapsamındadır. Yaklaşık %3'lük kısmı özel sağlık sigortası kapsamındadır. 1990'larda yaşanan ekonomik kriz, kısa süreli sözleşmelerle çalışan kişi sayısında önemli bir azalmaya yol açmış, bu da bu dönemde sosyal güvenlik sistemi kapsamındaki kişi sayısının azalmasına neden olmuştur. Ancak 5 yaş altı çocuklar ve hamile kadınlara sağlık kuruluşlarından ücretsiz yararlanma hakkı verilmiştir.

İlaç ürünleri ulusal piyasada ithal edilerek, bağışlar yoluyla ya da kaçak olarak temin edilmektedir. İthal edilen ilaçların oranı yaklaşık %70, ulusal üretim %30, ve bunların içerisinde kaçak yollarla ilaç temini %20 oranındadır. İlaç pazarında 210 adet şirket (laboratuvarlar, ithalatçılar, dağıtıcılar, vs.) bulunmakta ve bunların %99'u temel ilaçları piyasaya sunmaktadır.

Kamu sektörü tarafından yapılan sağlık harcamaları, özel sektörden daha fazladır. Kamu sağlık harcamaları, toplam sağlık harcamalarının %65'ini oluşturmaktadır. Toplam sağlık harcaması Gayri Safi Milli Hasıla'sının %5'idir ve kişi başı sağlık harcaması 1998 yılında 46 ABD Doları'dır.

Bolivya kamu harcamalarının yüksek olduğu Özel Teşebbüs / Serbest Pazar tipinden, tüm vatandaşların bütün sağlık hizmetlerine erişiminin garanti altına alınması amacıyla kurmayı hedeflediği Ulusal Sağlık Sigortası (USS) yoluyla Kapsayıcı / Bütüncü / Tekçil Hizmet tipi sağlık sistemine geçmeyi çalışmaktadır.

## BOLİVYA SAğLIK SİSTEMİ

### I. ÜLKE TANITIMI

RESMİ ADI	: Bolivya Cumhuriyeti,
İSPANYOLCA ADI	: Republica de Bolivia'dır.
YÜZÖLÇÜMÜ	: 1.098.581 km <sup>2</sup> lik bir alanı kaplar
YÖNETİM MERKEZİ	: La Paz'dır. Yargı merkezi Sucre'dir.
NÜFUSU	: 8.676.000 (2003)

Bolivya, Güney Amerika'nın orta batı kesiminde denize kıyısı olmayan bir ülkedir. Kuzey ve doğuda Brezilya, güneydoğuda Paraguay, güneyde Arjantin, güneybatıda Şili, batıda da Peru ile çevrilidir (8/440,441).

#### I.1. Doğal Yapı

Bolivya başlıca 3 coğrafi bölgeye ayrılabilir. Ülkenin kuzey ve doğudaki 2/3'lik bölümünü içine alan Oriente (doğu bölgesi), kuzey batıda Llanos (ovalar) ve güneybatıdaki dağlık bölgede, yüksekliği 3.600–3.800 metre arasında değişen Altiplano (yüksek plato). Ülkenin en gelişmiş ve en yoğun nüfuslu bölgeleri Altiplano'da bulunduğundan Bolivya kimi zaman Republic del Altiplano (Yüksek Plato Cumhuriyeti) olarak anılır. Ülkenin en yüksek doruğu Sajama (6.542m) buradadır.

Bolivya'daki ırmaklar 3 ayrı sisteme bağlıdır: Kuzeydoğudaki Amazon sistemi, ülkenin güneydoğu ucundaki Rio de la Plata sistemi ve batıdaki Titicaca sistemi. Doğudaki düzlüklerde ise pek çok göl bulunur.

Altiplano bölgesinde bulunan Titicaca ırmak sisteminde dünyanın ulaşıma elverişli en yüksek (3.810m) su alanı ve Güney Amerika'nın en geniş (8.287km<sup>2</sup>) tatlı su alanı olan Titicaca gölü bulunur (8/441).

#### I.1.1. İklim

Bolivya'da pek çok iklim bölgesinin özellikleri görülür. İklimdeki çeşitliliğin başlıca nedeni yükselti farklılıklarıdır.

Sürekli soğuk rüzgârların estiği yüksek Altiplano kuşağında kış ve yaz arasında çok az ısı farkı vardır. Ortalama sıcaklık 9–11 derecedir. Çok az olan yağışlar genellikle aralık ve ocak aylarında sağanaklar biçiminde düşer. Bölgenin kuzey kesiminde Titicaca gölünün yumuşatıcı etkisi nedeniyle, güneşli kış günlerinde sıcaklık 21 dereceye kadar çıkar.

Ülkenin kuzeyindeki yıllık ortalama sıcaklık 16–19 derece arasında değişir, yıllık yağış miktarı 1.350 mm.ye kadar ulaşır. Yıl boyunca görülen yağışlar aralık ve şubat aylarında en yüksek seviyeye çıkar.

Oriente bölgesinin alçak ovalarında yıllık ortalama sıcaklık güneyde 23–25 derece arasında değişirken, kuzeyde 27 dereceyi bulur. Güneyde 1.000 mm dolayında olan yıllık yağış miktarı, en kuzeydeki Yağmur Ormanlarında 1.750 mm.ye kadar ulaşır (8/442).

### I.1.2. Bitki Örtüsü Ve Hayvan Varlığı

Yağış miktarının görece düşük olduğu Altiplanonun seyrek bir bitki örtüsü vardır. Yugas bölgesi kıtaya özgü ağaçlardan oluşmuş ormanlarla kaplıdır. Doğudaki geniş düzlüklerden oluşan tropik bölge, Amazon ve La Plata ırmaklarının havzalarını kapsar. Bölgedeki sık ormanlarda kereste sanayisi için önem taşıyan 100'den fazla ağaç türü bulunur.

Bolivya'nın kuzeydoğu kesimindeki yağmur ormanlarında sayısız hayvan yaşar. Popo ve Titicaca göllerinin çevresinde pek çok kuş türü yaşamaktadır. Batı yarıküredeki en büyük uçucu kuş olan And Kondoru da bu bölgede 3.000–4.900 m arasındaki yüksek kesimlerde bulunur. Bolivya'ya özgü evcil hayvanlar lama, alpaka, evcil kobay ve moskof ördeğidir (8/442).

### I.2. Tarih

And bölgesindeki insan yerleşimlerinin 21 bin yıllık bir geçmişe uzandığı sanılmaktadır. 15. Yüzyıldaki İspanyol dönemine değin bugünkü Bolivya'ya Aymara dilini konuşan hükümdarlıklar egemen olmuştur.

İnka topraklarını 1532'de fetheden İspanyollara karşı Simon Bolivar'ın önderliğinde 1809'da Güney Amerika'da bağımsızlık savaşları başladı. Simon Bolivar Yukarı Peru Kongresi'nin 6 Ağustos 1925'de bağımsızlık ilan etmesine izin verdi. Kongre önderleri Bolivar'ın anısına ülkeye Bolivya adını verdiler.

1829'da Caudillo denen askeri şefler ülkenin yönetiminde söz sahibi olmaya başladılar. Şili Konfederasyon savaşından (1838–1839) ve Pasifik savaşından (1879–1883) sonra, Bolivya kıyı bölgesindeki haklarından vazgeçmek zorunda kaldı.

1880'lerden başlayarak, ulusal burjuvazinin partileri olan liberal ve muhafazakâr partilerin art arda iktidara geldiği bir sivil yönetim dönemi başladı. Liberal partinin giderek yıpranması, 1920'de Cumhuriyetçilerin bir darbe ile yönetime gelmesine fırsat verdi. 1930'lara doğru dünya pazarında baş gösteren bunalımla birlikte ulusal ekonomide gerilemeye başladı (8/445).

Paraguay ile Haziran 1932'de başlayan ve 3 yıl süren Chaco savaşı, Chaco Kuşağı diye anılan genç askerler kuşağını yaratı. Bu kuşak savaştan sonra sosyalist ve radikal partiler kurarak geleneksel siyasal sisteme karşı çıkmaya başladı.

Nisan 1952'deki kanlı çarpışmalar sonunda askeri yönetim devrildi. Bolivya Ulusal Devrimi, Latin Amerika'daki en önemli devrim hareketlerinden biri oldu. Maden işçilerinden ve köylülerden destek alan Ulusal Devrim, kısa sürede 3 büyük kalay madenciliği şirketini kamulaştırdı. Ağustos 1953'de de geniş çaplı bir toprak reformu başlattı ve genel oy hakkını tanıdı.

1964'de yeni bir askeri müdahale gerçekleşti. Daha sonra 1982 senesine kadar çeşitli askeri yönetimler birbirini izledi. 1982'de sivil yönetime geçildi. 1985'de genel seçimler yapıldı.

1993 ve 1997 seçimlerinde seçilen devlet başkanlarının uyguladığı pazar ekonomisi politikaları ve yasadışı koka üretimini ortadan kaldırmaya yönelik önlemler ülkedeki yoksulluğu artırdı, büyük direnişle ve yaygın kitlesel gösterilerle karşılaştı. Günümüzde de yerlilerin siyasal ve ekonomik gücünü arttırmaya yönelik reformlar devam etmektedir. (8/446)

### I.3. Nüfus Ve Yerleşim

Bolivya nüfusu başlıca üç etnik topluluktan oluşur: Yerliler, Yerli-İspanyol melezli Mestizolar ve çoğunluklu İspanyol kökenli olan beyazlar. Kaba bir tahminle (1996) oran olarak Yerlilerin yüzde 55'i, Mestizoların yüzde 30'u ve beyazların yüzde 15'i bulunduğu söylenebilir.

Aymara ve Keçuva dilleri ile İspanyolca resmi dil olarak kabul edilmiştir (8/443).

Toplam nüfus içinde Katoliklerin oranı (1995) yüzde 88,5'i bulur. Kilise hiyerarşisinin başında Sucre'de oturan bir kardinal bulunur.

Altiplano'daki Yerli topluluklar arasında Kolomb öncesi panteist dinin bazı özellikleri sürmektedir. Bu dinin tanrıları, Güneş Tanrısı Paçakama ile onun karısı olan Yer Tanrıçası Paçamama'dır.

Ülkede ayrıca oran olarak yüzde 9'u bulan çeşitli Protestan mezhepler ile küçük Yahudi ve Müslüman (Barai) topluluklar da vardır. Katolikliğin resmi mezhep olmasına karşın din özgürlüğü anayasayla güvence altına alınmıştır.

Bolivya'nın başlıca üç yerleşim bölgesi Altiplano, Valles (vadiler) ve Oriente'dir.

**Altiplano:** Toplam kıta alanının yaklaşık onda birini oluşturan Altiplano yüksek, rüzgâra açık ve soğuk bir bölgedir. Bütün olumsuz koşullarına karşın, dünyadaki en yüksek yerleşim alanı ve Bolivya'nın en yoğun nüfuslu kesimidir.

**Valle:** Derin vadiler ve yüksek dağlardan oluşan Valles'teki en önemli bölge Yungas'tır. Vadilerdeki en önemli kentler Cochabamba, Sucre ve Tarija'dır.

**Oriente:** Ülkenin en büyük, en verimsiz ve en seyrek nüfuslu bölgesi olan Oriente, kuzey yağmur ormanlarını, nemli astropik kuşağı ve yarı kurak Chaco'yu kapsar.

Bolivya günümüzde Latin Amerika'da kentleşmenin en alt düzeyde olduğu ülkelerden biridir (%62,4) (2001). Doğal nüfus artış hızı (1997) yüzde 2,3 düzeyindedir. Nüfusun yaklaşık beşte ikisi 15 yaşın altındadır; 60 yaşın üzerinde olanların oranı ise yüzde 6 kadardır.

Bolivya'nın nüfus yoğunluğunun (2002) kilometre kare başına 7,6 gibi düşük bir düzeyde olmasının başlıca nedeni, yerleşim alanlarının ülke topraklarının ancak üçte birini oluşturan dağlık bölgede yoğunlaşmış olmasıdır (8/442,443).

#### I.4. Devlet Yapısı

Bağımsızlıktan bu yana yapılan 189 askeri darbeye karşın, Bolivya temelde üniter yönetim sistemini korumuştur.

Ülkenin 1947 tarihli anayasası uyarınca, yasama yetkisi 130 üyeli Temsilciler Meclisi ile 27 üyeli Senatörler Meclisi'nden oluşan Ulusal Kongrenin elindedir. Her iki organ için de 5 yılda bir seçim yapılır. Yürütme erkinin başında 5 yılda bir doğrudan halk tarafından seçilen Devlet Başkanı bulunur. En yüksek yargı organı Ulusal Kongrenin 10 yıllık bir dönem için atadığı 12 üyeden oluşan Yüksek Mahkemedir.

Geleneksel olarak merkeziyetçi bir yönetim yapısı bulunan Bolivya, Devlet Başkanının atadığı bölge (prefect) valilerince yönetilen 9 yönetim bölgesine (departamento) ayrılmıştır. Yönetim bölgelerine bağlı iller (provincia) valilerce (supprefect) yönetilir; daha alt kademede kaymakamların (corregidore) yönettiği ilçeler (canton) yer alır (8/444).

#### I.5. Ekonomi

Bolivya bugün ticaret, finans, tarım, madencilik ve sanayi temelinde gelişen karma ekonomiye sahiptir. Bolivya Güney Amerika'nın en yoksul ülkeleri arasındadır. 2000 verilerine göre Gayri Safi Milli Hasıla (GSMH) 8,2 milyar ABD Doları, kişi başına milli gelir ise 990 ABD Doları'dır.

1980'lerden itibaren özel sektör kalkınmanın itici gücü olarak benimsenmiştir.

Ülkenin en büyük işçi federasyonu, üye sendikaların işkoluna göre örgütlendiği Bolivya Merkez İşçi Sendikaları'nın (COB) da ekonomi yönetimine etkisi olmaktadır.

Harcamalar içinde en büyük payı dış borç ödemeleri ile eğitim ve savunma giderleri oluşturur. Bütçenin en büyük kaynağı gümrük gelirleridir.

Toplam iş gücünün yaklaşık yarısının çalıştığı tarım sektörünün gayri safi yurt içi hâsılaya (GSYİH) katkısı ancak dördte bir dolayındadır. Ülke topraklarının yalnızca %3'ünü oluşturan tarıma elverişli alanların yarıya yakın bölümü ekime ayrılmıştır.

Toplam işgücünün %3'ünün çalıştığı madencilik sektörü, GSYİH içinde %10 gibi düşük bir paya sahip olmasına karşılık Bolivya'nın ihracat gelirlerinin yaklaşık %90'ını sağlar. Bolivya dünyanın en büyük kalay, antimon ve tungsten üreticileri arasındadır. Ülkenin Doğal Gaz rezervleri kıtadaki gereksinimin %6'sını karşılayacak durumdadır.

GSYİH içindeki payı %20'den az olan ve işgücünün %10'unu istihdam eden imalat sanayisi henüz az gelişmiş durumdadır. Başlıca ürünler rafine petrol, işlenmemiş şeker, un ve at etidir. 1998'de elektrik enerjisi üretiminin yaklaşık 3'te 2'si hidroelektrik santrallerden, geri kalanı da termik santrallerden karşılanır (8/443).



Bolivya'nın ticaret yaptığı başlıca ülkeler ABD, Arjantin, Almanya, Japonya, İngiltere, Brezilya, Peru ve Şili'dir. Başlıca ihracat malları kalay, doğalgaz ve gümüş; ithalat malları sanayide kullanılan hammaddeler, makineler, ulaşım araçları ve tüketim mallarıdır.

Kaçak yollardan yapılan koka bitkisi ticareti de önemli boyutlardadır (8/444).

### **1.6. Ulaşım**

Denize kıyısı olmayan Bolivya'da iç ve dış ulaşım esas olarak demir, kara ve hava yollarına dayanır. Paraguay, Brezilya ve Arjantin ile imzalanmış anlaşmalar demir yolları ile ulaşılan atlas okyanusundaki limanlardan gümrüksüz yararlanma olanağını sağlar.

La Paz ve Santa Cruz da uluslararası hava limanları vardır(8/444)

### **1.7. Eğitim, Sağlık Ve Sosyal Hizmetler**

İlköğretim 7–14 yaş arasındaki çocuklar için parasız ve zorunludur. Bununla birlikte okullaşma oranı ancak beşte dört düzeyindedir. Devlet okulları dışında özel kurumlara da izin verilen ilk ve orta öğretimde Katolik, Protestan ve Musevi din örgütlerinin önemli bir yeri vardır. Okuryazarlık oranı, devletin bu alandaki çabaları sonunda 1992'de yüzde 80'e yakın bir düzeye varmıştır (8/444).

### **1.8. Kültürel Yaşam**

Bolivya kültürü hâlâ güçlü olan Yerli kültürü ile İspanyolların getirdiği Akdeniz kültürünün karışımına dayanır.

Edebiyat ve güzel sanatlar, vazar ve sanatçıların tümüyle Bolivya'ya özgü bir üslupla ürünler vermeye başladığı 20. yüzyıl başlarına değin yavaş bir gelişme göstermiştir.

La Paz'da, Aymara dilini korumak için Aymara dil Akademisi kurulmuştur (8/444,445).

## II. SAĞLIK SİSTEMİ

### II.1. Sağlık Yapısı

**Tablo 1: Genel Göstergeler**

	2000	2001	2002	2003
Doğuştan Beklenen Yaşam Süresi (toplam)				65*
Doğuştan Beklenen Yaşam Süresi (erkek) (yıl)				63*
Doğuştan Beklenen Yaşam Süresi (kadın) (yıl)				67*
Bebek Ölüm Oranı (binde)	59**			53**
5 Yaş Altı Ölüm Oranı (binde)	75**			60**
Doğuştan Beklenen Sağlıklı Yaşam Süresi (yıl)				54,4*
HIV Prevelansı (bayanlarda 15–24 yaş %)		0,1**		
Tüberküloz İnsidansı (100000 kişide)		234,3**	229,8**	225,3**

**Kaynak:** \* (1), WHO, (2002), Country Health Indicators, Bolivia s:3

\*\* (2), WORLD BANK, (2005), World Development Indicators Database, s:5,8

Bolivya nüfusunun yaklaşık %60'ı fakirlik sınırında yaşamaktadır ve dünya sağlık örgütünün (DSÖ) 2005 yılı verilerine göre ülke, bölgedeki bebek ölüm oranının en yüksek olduğu üçüncü ülkedir.

Bolivya nüfusun yarısından fazlasının 25 yaşının altında olduğu ve yalnızca %7'sinin 60 yaşın üzerinde olduğu bir ülkedir. Toplam doğurganlık oranı hızı ülke genelinde ortalama 3.8 olup, bu oran fakir bölgelerde 5'e yükselmektedir. 2003 yılında anne ölüm oranının 100.000'de 420 olduğu tahmin edilmektedir. 2003 yılında 5 yaş altı ölüm oranı 1.000'de 66'ya ulaşmaktadır ki bu oran Latin Amerika bölgesi ortalamasının 2.5 katıdır. Bebek ölüm oranlarının üçte biri ishal, zatürre, veya hastalıklar ve chagas hastalığı gelmektedir (13/7).

Bolivya'da 1995–2000 yılları arasında yıllık Kaba Ölüm Hızı %0,9 ve Doğuştan Beklenen Yaşam Süresi 61,4 yıldır. Bebek Ölüm Oranı 1988 yılında %0,89 iken 2002 yılında %0,56 ya düşmüştür. 2003 yılında %0,53'e düşen bu oran kırsal kesimlerde hala %0,80'i aşabilmektedir.

1998 yılında 3 yaş altı çocuklardaki kronik beslenme bozukluğu oranı ülke genelinde %26, kırsal kesimlerde %36 ve okuma-yazma bilmeyen annelerin çocuklarında %44'tür. Bolivya anne sağlığı konusunda son yıllarda büyük ilerlemeler kaydedilmiş olmasına rağmen, hamilelik ve doğum sırasında her 47 kadından birinin hayatını kaybetmesi söz konusudur ve bu açıdan en kötü Latin Amerika ülkelerinden biridir.

Malarya ülke nüfusunun yaklaşık yarısı için yaygın bir hastalıktır. 1998 yılında rapor edilen vaka sayısı 86.000 iken, bu sayı 2000 yılında 34.000'e düşürülmüştür ve prevelans oranı 100.000'de 378 olarak kaydedilmiştir.

1999 yılında rapor edilen tüberküloz vaka sayısı 9.272'dir ve bu sayı 1996 yılına göre %12,6 oranında azalmıştır. 2002 yılında tüberküloz prevelansı 100.000'de 312'dir.

1985–2000 yılları arasında 605 HIV (AIDS) vakasına rastlanmıştır ve bunların %52'si asemptomatik HIV taşıyıcısıdır. Hamile bayanlar arasında HIV prevalansı %1'den azdır ve yüksek risk grubuna dâhil kişiler arasında %5'tir.

1991–1995 yılları arasında kaydedilen 40.112 kolera vakasının 814'ü ölümlerle sonuçlanmıştır. 1996 yılında 2.068 olan kolera vakası sayısı, 1998 yılında 467'ye düşmüş ve 1999–2000 yılları arasında hiç Kolera vakasına rastlanmamıştır (3/4,5).

Adölesanlar arasında ölüm oranı, genel ölüm oranının %3,7'sini oluşturmaktadır ve bu ölüm nedenlerinin başında kazalar, intiharlar ve cinayetler gelmektedir. Gençler arasında uyuşturucu madde, tütün ve psicotropik maddelerin kullanımı yaygınlaşmaktadır. Adölesanların %32,1'i şiddete maruz kalmaktadır (4/9).

2000 yılında yürütülen bir araştırmaya göre Bolivya'da ölüm nedenlerinin başında dolaşım sistemi hastalıkları gelmektedir (ölümlerin %30,3'ü). Bunu Bulaşıcı Hastalıklar (ölümlerin %12'si) ve Dışsal Nedenler (ölümlerin %10,7'si) takip etmektedir. Ölümlerin yaklaşık %11'i hastalıklara bağlı belirtiler ve semptomlar göstermektedir.

1998–2000 yılları arasında ülkede büyük bir kızamık salgını olmuştur. Şüphelenilen 4.751 vakadan 2.567'sinin kızamık vakası olduğu tespit edilmiştir. Bu yaygın hastalıktan en çok 5 yaş altı grup etkilenmiştir. 2000 yılında benzer bir rubella salgını yaşanmıştır ve 427 rubella vakası kaydedilmiştir. 1998 yılında 15 yaş altı çocuklarda milyonda 11,9 olan akut doku paralizisi oranı 2000 yılında 7,6'ya düşmüştür (5/4,5).

2004 yılında 2 difteri vakası, 12 kızamıkçık, 4 neonatal kızamık, toplam 33 tetanos vakası görülmüşken kızamık ve polio vakası görülmemiştir. 2004 yılı itibariyle aşılanma oranları BCG %86, DBT1 %88, DBT3 %84, hepatit B3 %84, polio3 %84 olarak tespit edilmiştir (9/2).

## II.2. Sağlık Sisteminin Örgütlenmesi

Bolivya sağlık sistemi kamu sektörü, kâr amaçlı ve kâr amaçlı olmayan özel sektör ile sosyal güvence sisteminden oluşmaktadır. Sağlık Ve Spor Bakanlığı (SSB) sektörel düzenlemelerden, politikaların ve ulusal standartların belirlenip uygulanmasında sorumludur. Sağlık hizmetlerinin sunumu belediyelerin yönetsel sorumluluğu altındadır. Nüfusun yaklaşık %43–48 Ulusal Sağlık Sigortasının (USS) kamu sağlık hizmetlerinden faydalanmaktadır. Sosyal Güvence Fonları nüfusun %22'sini ve özel sigorta fonları %10'unu kapsamaktadır. Nüfusun yaklaşık %20–25'i sağlık hizmetlerinden faydalanamamaktadır (5/8).

### II.2.1. Sağlık Ve Spor Bakanlığı

Sağlık Ve Spor Bakanlığı kamu sektörünün sağlık hizmetlerinin başıdır ve görevi sağlıkla ilgili ulusal politika ve stratejileri belirlemek, düzenlemek, denetlemek ve yönetmektir (6/5).

SSB sağlıkla ilgili yönetsel, finansal ve hijyenle ilgili düzenlemelerin yapılmasında güçlüklerle karşılaşmaktadır. Nüfusun büyük bir bölümünün sağlık hizmetlerine erişimini ve kullanımını engelleyen engeller vardır.

Bu durum önlenilecek ölümlere yol açmaktadır. SSB'de yönetsel ve finansal işlemler açıklık ilkesine uygun olarak yürütülmemektedir. Bu yüzden toplumun sağlık sistemine güveni azdır (4/11).

Ayakta bakım hizmetlerinde ve Hastahane hizmetlerinde yönetsel sorumluluk belediye yönetimlerine aittir. Sağlık hizmetleri bir kamu hizmeti olarak sunulduğu için, sağlık hizmetlerinin finansmanından ve sigorta hizmetlerinden merkezi yönetim ve belediyeler birlikte sorumludur (10/92).

### II.2.2. Bölgesel Ve Yerel Yönetimler

Bolivya'da bölgesel yönetim düzeyi insan kaynaklarının yönetiminden yerel yönetimler sağlık kuruluşlarının idaresinden sorumludur.

Toplumsal İlişki Ve Yönetsel Desantralizasyon Yasası'yla uygulanmaya başlayan desantralizasyonla belediyeler, sağlık hizmetlerinin alt yapı ve finansmanından sorumlu olmuşlardır.

Yerel yönetimler ulusal sağlık politikalarını merkezi idareye bağlı olarak uygulamaktadırlar. Belediyeler ve yerel kuruluşlar işlevsel faaliyetlerden ve sağlık bölgeleri aracılığıyla sağlık hizmetlerinin sunumundan sorumludurlar. Sağlık Bölgelerinin yapısı belediye yönetimlerinin yapısına çok az benzemektedir.

Bölgesel kuruluşlar ağı aracılığıyla yürütülen denetleme, değerlendirme ve izleme faaliyetleri sağlık hizmetleri bölümlerinin teknik idarelerince gerçekleştirilmektedir. Bölge takımları programlanmış periyodik denetlemeler yapmaktadır (6/5).

### II.2.3. Ulusal Sağlık Bilgi Sistemi

Ulusal Sağlık Bilgi Sistemi 1991 yılında kurulmuştur. Bu sistem sağlık hizmetlerinin üretimi ve morbidite ile ilgili bilgileri toplayıp departmantal, bölgesel ve belediye sağlık hizmetleri, sağlık kuruluşları alt sektörler ve diğer kuruluşlar tarafından yürütülen faaliyetlerin programlaması için kullanıma sunmaktadır. Ulusal Sağlık Bilgi Sistemi 2.780 sağlık kuruluşuna dair elde ettiği bilgileri yayınlamaktadır (6/9).

### II.2.4. Sağlık Hizmetlerinin Desantralizasyonu

Sağlık alt yapısının yönetiminin belediyelere devredilmesini zorunlu kılan "Toplumsal Katılım Yasası" (sağlık işgücü yönetimi hariç) ile sağlık hizmetlerinde yerinde yönetim konusunda büyük bir adım atılmıştır. Sosyal ve ekonomik gelişmenin sağlanması amacıyla 2000 yılında hükümetle yapılan görüşmeler sonucunda, hükümet ve sivil toplum kuruluşları, sağlık hizmetlerini yerinden yönetimi ve bu sorumluluğun belediyelere devredilmesi konusunda görüş birliğine varmışlardır. Bu görüşmeler sonucunda sağlık personelinin yönetiminin de belediyelere devredilmesi, Sağlık Ve Spor Bakanlığı'nın yalnızca denetim ve politikaların belirlenmesinden sorumlu olması konusunda anlaşma yapılmıştır (10/92).

### II.3. Sağlık Hizmetlerinin Sunumu

Ulusal sağlık modeline göre tüm özel ve kamu sağlık hizmetlerinin sorumluluğunu Ulusal Sağlık Sekreteryası kontrolünde yürütülmektedir. Bu sorumluluk kapsamında yürütülen sağlık hizmetleri kamu sağlık sistemi, sosyal güvenlik sistemi, kar amacı olan ve olmayan özel sağlık kuruluşları, dini yardım grupları ve geleneksel tıp hizmetleri kapsamında yürütülen tüm hizmetleri içermektedir.

1998 yılında Sağlık Ve Sosyal refah Bakanlığı Bolivya sağlık sistemini birincil sağlık hizmetlerine dayalı kapsayıcı bir sağlık sistemi olarak tanımlamıştır. Uygulama yönünden ele alındığında sistem hizmet sunumu, yönetim ve finansman modellerinden oluşmaktadır.

Kamu sağlık sistemi, ulusal bütçeden finanse edilen yerinden yönetim ve katılım esasına dayalı bir sistemdir. Bu ağ üç basamakta sağlık hizmeti sunumuna göre örgütlenmiştir.

Birincil sağlık hizmetleri sistemi 896 sağlık merkezi ve 1.210 sağlık evinden oluşmakta ve bu kuruluşlar toplam 2.276 yataklar normal doğum, acil hizmetleri ve geleneksel tıp hizmetleri de bu basamakta yer almaktadır. Temel yataklı tedavi hizmetleri toplam 1.717 hasta yatağıyla hizmet veren 63 bölge hastahanesinde sunulmaktadır ve bu tür hizmetler ikincil sağlık hizmetlerinde yer almaktadır. Üçüncü basamakta ileri düzeydeki konsültasyon ve yataklı tedavi hizmetleri sunulmakta ve bu hizmetler ülkede bulunan 81 hastahane (5.277 yatak), 29 özel dal hastanesi (sosyal güvenlik kuruluşları ve psikiyatri hastanelerini de içermekte ve toplam 2071 yataktan oluşmakta) ve ulusal sevk ve teknik destek merkezlerinden oluşmaktadır.

Bu sistem temel olarak iki çeşit yönetim düzenlemesine tabidir: Sektör kuruluşları tarafından yönetim ve yerel yönetimlerle birlikte ortak yönetim. Sektör kuruluşları tarafından yönetim, tanımlama ve yönetim politikaları, planlar ve sağlık hizmetlerinin sunumuyla ilgili her türlü programları içine alan tüm aktivitelerin yönetimini ifade etmektedir. Ortak yönetim kendisine sorumluluk verilen belediye ile birlikte, yerel düzeyde sunulan sağlık hizmetlerinin sorumluluğunun paylaşılmasını ifade etmektedir.

Özel sağlık sektörü kâr amacı olan ve olmayan ve kendi fonlarıyla yönetilen kuruluşlardan ve örgütlerden oluşmaktadır. Bu kuruluşlar Ulusal Sağlık Sekreteryası'nın denetimi altındadır ve sunulan hizmetlerin güvenliliği, etkililiği ve eğitilmiş sağlık personelinin çalıştırılması yönlerinden denetlenmektedir. Özel sağlık sektörü şu kuruluşlardan oluşmaktadır:

-Sağlık hizmeti sunucuları, malzeme tedarikçileri, teşhis destek hizmetleri ve ilaç tedarikçileri: Nüfusun yalnızca %10'u bu kuruluşlar tarafından sunulan sağlık hizmetlerinden faydalanmaktadır. Özel sağlık sektörü özellikle kentsel alanlarında belirgin bir büyüme göstermektedir.

-Kâr amacı olmayan kuruluşlar: Bu grup özellikle sivil toplum kuruluşlarından oluşmaktadır. Bu kuruluşların çok azı ülke içi finansman kaynaklarından faydalanmakta, büyük bölümü uluslararası yardım kuruluşları tarafından finanse edilmektedir. Bu kuruluşlar çoğunlukla kentsel bölgelerde hizmet sunmakta, uluslararası yardım kuruluşları tarafından finanse edilenlerden bazıları son derece fakir bölgelerde hizmet vermektedir. Tahmini olarak nüfusun %10'u bu kuruluşları tarafından sunulan sağlık hizmetlerinden faydalanmakta, özellikler birincil sağlık hizmetlerine talep olmaktadır. Sağlıkın desteklenmesi amacıyla sunulan hizmetlerde kullanım oranının daha yüksek olduğu tahmin edilmektedir. Özellikle çok fakir bölgelerde ve bazı kıyı kentsel kesimlerde kiliseler tarafından da önemli sağlık hizmetleri sunulmaktadır. Bu tür hizmetlerin sunumunda çoğunlukla insan kaynakları devlet tarafından, altyapı kilise tarafından sağlanmaktadır. Bazı bölgelerde kilise tek sağlık hizmeti sunucusudur. Geleneksel tıp ülke çapında yaygın ve yaygındır. Hemen hemen tüm kırsal kesimlerde veya kıyı kentsel kesimlerde geleneksel sağlık hizmeti sunucusu bulunmaktadır. Ülkenin sağlık sistemi yerel yönetimlere devredilen sağlık hizmeti ağında geleneksel çalışanlarla işbirliği yapma eğilimindedir. Bu tür hizmetlere olan talep çok fazladır ve bu tür hizmetler çoğunlukla diğer kamu ve özel sektör tarafından sunulan hizmetlerle birlikte kullanılmaktadır (12/8,9).

### II.3.1. Halk Sağlığı Hizmetleri

Öncelikli halk sağlığı programları tehlikelere karşı savunmasız grup olarak belirlenen 5 yaş altı çocuklara, doğurganlık dönemindeki kadınlara ve adölesanlara yöneliktir. Bu programlar sağlığın desteklenmesi ve hastalıkların önlenmesi çalışmaları kapsamında birincil sağlık hizmetleri düzeyinde sağlık çalışanları ve hemşireler tarafından yürütülmekte olup, bölgesel ve kuruluşlar düzeyinde eğitim kampanyaları düzenlenmektedir. Tüberküloz, rabies, chagas hastalıklarının ve servikal kanserin önlenmesi amacıyla programlar yürütülmektedir.

1996 yılından beri genişletilmiş aşılama programında kuruluşsal zayıflığa bağlı olarak, aşılama kapsamı azalmıştır. Yerel düzeydeki aşılama faaliyetleri de, bölgesel yönetimlerden yeterli destek verilmemesine bağlı olarak zayıflamıştır. Aşılama kapsamı hakkındaki bilgilere güvenilememektedir. 2000 yılına ait verilere göre ülkede 1 yaşın altındaki çocukların %89'una DBT 3 aşısı yapılmıştır. 1989–1994 yılları arasında ilk prenatal check-up oranı %44,9'dan %52,5'e ve 1998 yılında %69'a yükselmiştir. Kentsel kesimlerde aşılama kapsamı %81'in üzerindeyken kırsal kesimlerde %53'ün altındadır.

Bir sağlık kuruluşunda doğum yapma oranı 1994 yılında %42,3 iken 1998 yılında %55,9'a ulaşmıştır. Bu yıllar arasında sağlık kuruluşlarında doğum yapma oranının hızlı bir şekilde artması 1996 yılında Ulusal Ana Çocuk Sağlığı Sigortası tarafından doğum hizmetlerinin ücretsiz olarak sağlanmasına bağlıdır (6/13,14).

“Epidemiyolojik Kalkan” stratejisi malaria, chagas hastalığı, tüberküloz, sarı humma, leishmaniasis yaygınlığının önlenmesine, kontrol altına alınmasına ve bağışıklama faaliyetleri ile önlenebilen hastalıkların önüne geçilmesine yönelik olarak öncelikli sağlık programlarının eşgüdümlü olarak yürütülmesi amacını taşımaktadır.

Ayrıca akut solunum yolu enfeksiyonları, akut ishal, cinsel yolla bulaşan hastalıklar, servikal kanser, diğer kronik ve dejeneratif hastalıklar, beslenme bozuklukları, aile içi şiddetin önlenmesi ve kontrol altına alınması konuları da ulusal sağlık hizmetleri programının bir parçasıdır (5/8).

2000 yılında Ulusal Epidemiyolojik Survelans ve Sağlık Durumu Analizi Sistemi kurulmuştur. Bu sistemin kurulma amacı ölüm, hastalıklar, enfeksiyonlar, risk faktörleri ve yaygınlıkla ilgili temel göstergelerin elde edilmesidir. Ulusal Sağlık Laboratuvarları Kurumu ve Tropikal Hastalıklar Merkezi, Survelans Sistemi'ne katkıda bulunan ulusal otorite laboratuvarlarıdır (5/9).

### II.3.2. Birincil Sağlık Hizmetleri

Birincil sağlık hizmetleri sunumun da kamu ve özel sektör ağının kapsamı hakkında bir bilgi yoktur. Birincil sağlık hizmetlerinde bilgisayarlı enformasyon sistemi kullanılmamaktadır; veri süreci manüel (elle) olarak yapılmaktadır ve bölgesel düzeyde kuruluşların yalnızca %40'ında bilgisayar kullanılmaktadır.

Konsültasyon isteklerinin önde gelen beş nedeni; solunum sistemi hastalıkları, enfeksiyöz intestinal sistem hastalıkları, kas ve iskelet sistemi hastalıkları, deri ve genital sistem hastalıklarıdır. Birincil sağlık hizmetleri çoğunlukla hemşireler tarafından sunulmaktadır. Bu kapsamda yaygın hastalıklarda ayakta hasta bakımı verilmekte ve haftalık ev ziyaretleri düzenlenmektedir.

Tablo 2'de 1999 yılına ait birincil sağlık hizmetleri kapsamında sunulan bazı hizmetlerin sayısı ve 1.000 kişiye oranı gösterilmektedir (6/15).

**Tablo 2: Birincil Sağlık Hizmetleri, 1999**

	Sayı	1000 kişilik nüfusa oranı
Hekimle yapılan konsültasyon ve check-up lar	7.368.826	906
Hekimsiz yapılan konsültasyon ve check-up lar	4.434.707	545
Diş hekimiyle yapılan konsültasyon ve check-up lar	994,667	122
Laboratuvar testleri	2.723.154	335
X-ray	1826*	0,85*

\* Yalnızca sosyal güvenlik verilerine dayalı sonuçlar.

**Kaynak:** (6), LACHSR, (2001), Health Services System Profile Bolivia, Latin America and Caribbean Regional Health Sector Reform Initiative, s:15

### II.3.3. İkincil Ve Üçüncül Sağlık Hizmetleri

Çeşitli kamu ve özel sağlık kuruluşlarının sunduğu ikincil sağlık hizmetlerinin kapsamı hakkında bilgi bulunmamaktadır. Üçüncül sağlık hizmeti sunan hastahanelerin %100'ü ve ikincil sağlık hizmeti sunan hastahanelerin bir kısmı 50'den fazla yatağa sahiptir.

Belirlenmiş olan personel davranışlarına ve faaliyetlerine uyulup uyulmadığını denetlemek üzerine kurulan etik komitelere ve kalite güvencesi programlarını uygulayan hastahanelerin oranına dair bir bilgi bulunmamaktadır. Doğumların %18,1'i sezaryenle yapılmaktadır. Hastahane enjeksiyon oranı hakkında bilgi yoktur. Son zamanlarda hastahanelerde etik komiteleri kurulmaya ve çalışma kuralları belirlenmeye başlanmıştır (6/15).

Ülkede çeşitli kademelerde sağlık hizmeti sunan toplam 3.165 sağlık kuruluşu bulunmaktadır. Bu kuruluşların 2.613'ü kamu sektörüne, 197'si sosyal güvence sistemine ve 355'i özel sektöre aittir. Sağlık kuruluşlarında toplam 12.554 hasta yatağı bulunmakta olup, 9.203'ü kamu sektörüne, 2.823'ü sosyal güvence sistemine ve 528'i özel sektör kuruluşlarına aittir. Ulusal sağlık hizmetleri açısından 5 yaş altı çocuklar ve hamile kadınlar Ulusal Sağlık Sigortası kapsamındadır. Bu grupta bulunanlar kamu sektörü, sosyal güvence sistemi ve devlete ait olmayan kuruluşlar ile yapılan bir anlaşma çerçevesinde Ulusal Sağlık Sigortası kapsamındaki sağlık hizmetlerinden ücretsiz olarak faydalanabilirler.

Ülkede hastanelerin çoğunda, klinik laboratuvar ve görüntüleme hizmetlerini kapsayan yardımcı teşhis hizmetleri sunulmaktadır. Kırsal kesimlerdeki sağlık kuruluşları, klinik laboratuvar ve görüntüleme (X-ray) hizmetleri için bölge hastanelerinden faydalanmaktadır.

Akıl hastalıkları için özellikle yatarak tedavi edilmesi gereken vakalarda, hizmet veren üç ulusal merkez bulunmaktadır. Geriatrik hizmet veren merkezler kamuya ve özel sektöre aittir (10/94).

#### **II.3.4. Geleneksel Tıp Uygulamaları**

Bolivya'da çok sayıda geleneksel tedavi hizmeti sunucusu bulunmaktadır. Çoğunlukla ebe analar ve geleneksel iyileştiricilerden oluşan geleneksel sağlık hizmeti sunucuları bulunmaktadır (6/7).

Geleneksel tıp uygulayıcılarının sağlık hizmeti kuruluşlarında veya belediyeler düzeyinde çalışmalarına izin verilmektedir. Ayrıca özel sektörde bağımsız olarak çalışmaları da mümkündür. Geleneksel tıp uygulamalarının kısıtlayıcı bir yasal düzenlemesi yoktur ve yerel sağlık yönetimlerinin, Geleneksel tıp uygulayıcılarının kamu hizmetleri alanında çalıştırılmalarına izin verilmektedir.

Geleneksel tıp uygulamaları ülke genelinde çok yaygındır. Hemen hemen bütün kırsal kesimlerde ve kenar kentsel bölgelerde Geleneksel tıp uygulamalarının bir çeşidine rastlamak mümkündür. Geleneksel tıp uygulamalarına olan talep çok yüksek olduğu için, yerel sağlık hizmeti ağı içerisinde, geleneksel tıp uygulayıcıları ile işbirliğine gidilmektedir.

Geleneksel tıp uygulamaları da yapan bazı batı-stili sağlık hizmeti sunucuları Sobometra adında bir birlik kurmuşlardır ve bu kuruluş ülke genelinde kabul görmektedir.



Nüfusun yaklaşık %20-30'luk kesimi kültürel, ekonomik, coğrafik ve fonksiyonel yetersizlikler sebebiyle, kamu veya özel sağlık kuruluşlarına erişimde ciddi zorluklarla karşılaşmaktadır. Bu insanlar kendi kendine tedavi veya geleneksel tıp uygulamalarına yönelmiştir (7/102,103).

### II.3.5. Özel Sektör

Özel sektör genellikle sigorta şirketlerini, ön ödemeli (primli) tıbbi planları ve devlete ait olmayan kuruluşları kapsamaktadır. Özel sektör topladığı fonları, özel sağlık hizmetlerinin finansmanında kullanır. Ana finansman kaynakları kişilerin ve işletmelerin sağlık sigortası primleri olarak yaptıkları ödemelerdir.

Devlete ait olmayan kuruluşlar, sayıları, sağlık hizmeti sunumuna katkıları ve idare ettikleri finansal kaynakların miktarı bakımından Bolivya sağlık sistemi içerisinde önemli bir role sahiptirler. Ülkede toplam 355 sağlık kuruluşu devlete ait değildir ve bunun 101'i kilisenin yönetimindedir. Bu sağlık kuruluşlarının %97'si (344) birincil sağlık hizmetleri, %2'si (9) ikincil sağlık hizmetleri ve %1'i (2) üçüncül sağlık hizmetleri sunmaktadır. Kuruluşlara ait 528 hasta yatağı (yataklı tedavi için) bulunmaktadır. Bu kuruluşların büyük çoğunluğu uluslararası finansman kaynağına sahipken, yalnızca birkaç tanesi ulusal kaynaklarla faaliyet göstermektedir. Yine büyük kısmı kenar kentsel bölgelerde bulunan son derece fakir belediyelerde, özellikle uluslararası fonlarla yönetilen bir kısım kuruluş buralarda bulunmaktadır.

Ülke nüfusunun %10'u, devlete ait olmayan kuruluşlar tarafından sunulan sağlık hizmetlerinden faydalanmaktadır. Kilise, özellikle kenar kentsel bölgelerde ve son derece fakir kesimlerde, topluma önemli sağlık hizmetleri sunmaktadır. Kilise çoğunlukla kendisine ait kuruluşlar ve alt yapı ile devlete bağlı personeli kullanarak hizmet sunmaktadır. Sunulan hizmetlerin finansmanı kullanıcılarla paylaşılmaktadır. Bazı belediyelerde ve bölgelerde Kilise tek sağlık hizmeti sunucusudur (6/6).

### II.4. Sosyal Güvence Sektörü

Bolivya'da sosyal güvenlik sistemi hâlâ gelişme aşamasındadır. Kentsel kesimlerde çalışan işgücünün büyük bölümü kayıt dışıdır. İşgücünün yaklaşık %80'inin kayıt dışı çalıştığı tahmin edilmektedir. Bu oran kırsal kesimlerde %100'e ulaşmaktadır. Sonuç olarak nüfusun yalnızca 1/4'ü sosyal güvence sistemi kapsamındadır. Yaklaşık %3'lük kısmı özel sağlık sigortası kapsamındadır. 1990'larda yaşanan ekonomik kriz, kısa süreli sözleşmelerle çalışan kişi sayısında önemli bir azalmaya yol açmış, bu da bu dönemde sosyal güvenlik sistemi kapsamındaki kişi sayısının azalmasına neden olmuştur (13/8,9).

Sosyal güvence sektörü, geleneksel sosyal sigorta finansmanı planı dâhilinde, maaşlı işçileri kapsamaktadır. Bu, toplam nüfusun yaklaşık %25,8'inin bu kapsama girdiği anlamındadır ve son yıllarda sosyal güvence kapsamına girenlerin oranı çok yavaş veya negatif bir büyüme göstermektedir. Ülkede 8 adet sağlık fonu 2 adet kapsayıcı sigorta planı bulunmaktadır. Sosyal güvence sektörüne ait 197 sağlık kuruluşu bulunmakta ve bu sayı ülkedeki sağlık kuruluşlarının %3,7'sine tekabül etmektedir. Bu kuruluşlar %71'i (139) birincil sağlık hizmetleri, %14'ü (27) ikincil ve %16'sı (31) üçüncül sağlık hizmetleri sunmaktadır (6/6).

Kamu sektörü tarafından sunulan sosyal sigorta yanında, Bolivya'da saatlik işçileri kapsamına alan bir başka sağlık sigortası bulunmaktadır. Bu 'sigorta fonları' (cajas de salud), geleneksel sosyal güvence finansmanı düzenlemelerine bağlı olmakla birlikte, emeklilik planlarından farklıdır. Bu fonlar nüfusun %20'sini kapsamına almaktadır. Sigorta fonlarının sunduğu hizmetler ve hizmetlerin kalitesi değişmektedir. Bu fonların en büyüğü Ulusal Sağlık Sigortasıdır ve ülkede sosyal güvence kapsamındaki kişilerin %85'i bu sigortaya tabidir.

Ulusal Sağlık Sigortası ana garantörü Bolivya Cumhuriyetidir. Bu sigorta fonları resmi olmayanları, serbest meslek sahiplerini, göçmen işçileri, çiftçileri, kirazlık araç işletenleri, ev hanımlarını, kooperatiflere üye olan madencileri ve küçük işletme sahiplerini kapsamamaktadır. Bu sayılan meslek grupları, kamu alt sektörlerinde çalışmaktadır. Bu alt sektörler Ulusal Sağlık Sekreterliğinin bir bölümü tarafından koordine edilmekle birlikte, kendi kendilerini yönetmektedirler. Gözetimi ve politika belirleme faaliyetleri Ulusal Sağlık Sigortası Kuruluşu tarafından yürütülmektedir. Kamu alt sektörlerinin geniş bir hizmet ağı, 9300 çalışan ve iyi bir teknik kapasitesi vardır. Kamu alt sektörlerinin sigorta hizmetleri kentsel bölgelerde yaşayan nüfusa ve hastahane hizmetlerine odaklanmıştır. Sağlıkta güçlendirilmesi ve kullanıcıların yönetim ve planlama faaliyetlerine katılımı konusunda pasif kalmaktadır (7/102).

### II.5.Sağlık İnsangücü

1999 yılında Sağlık Ve Spor Bakanlığına bağlı olarak istihdam edilen 13.850 personelin %27'si hemşire, %26'sı idari ve hizmetli personel, %18'i hekim, %14'ü teknisyen, %9'u ebe ve %6'sı diğer meslek gruplarına mensuptur (3/5).

1992–1999 yılları arasında 10.000 kişilik nüfusa düşen hekim ve hemşire sayılarında %20 oranında bir azalma olmuştur. Bu yıllar arasında bazı sağlık personeli sayıları Tablo 3'de verilmektedir.

Bolivya'da 1992 yılında 2.757 olan hekim sayısı, 2000 yılına kadar %106 oranında artarak 5.682'ye yükselmiştir. 1992 yılında uzman hemşire sayısı 1.379'dur. Bu sayı 2000 yılına kadar 2.407'ye yükselerek %75 oranında artmıştır (6/7).

Sağlık çalışanları Bolivya Üniversitesi'nde eğitilmektedir. Ülkede devlet üniversitelerinin yanında son zamanlarda özel üniversitelerde açılmıştır ve devlet tarafından akreditasyon sürecine tabii tutulmaktadır. Doktorlar ve hemşireler lisans eğitimlerini tamamladıktan sonra sertifikasyon ve uzmanlık uygulama eğitimlerine tabii tutulmakta, ardından da merkezi bölgelerde bulunan hastanelerde zorunlu sağlık hizmeti görevi yapmaktadırlar (10/93).

Sağlık sektöründe çalışmakta olan insangücünün %48,5'i Sağlık Ve Spor Bakanlığı, %37,5'i Sosyal Güvenlik Fonu ve %14'ü özel sektör tarafında istihdam edilmektedir. Sağlık insangücü yapısı da oldukça dengesizdir. Sağlık sektöründeki idari personel, hekim ve hemşire dağılımı bozuktur (10/95).

**Tablo 3: 10.000 Kişiyeye Düşen Bazı Sağlık Personeli Sayıları 1992-1999**

Meslek Grubu	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
10.000 kişiyeye düşen hekim sayısı	4,0	3,6	3,4	3,4	5,7	3,1	3,0	3,2
10.000 kişiyeye düşen hemşire sayısı	2,0	1,79	1,73	1,72	2,7	1,48	1,43	1,6
10.000 kişiyeye düşen diş hekimi sayısı	Bilgi Yok	Bilgi Yok	Bilgi Yok	Bilgi Yok	Bilgi Yok	Bilgi Yok	0,4	0,4
10.000 kişiyeye düşen eczacı sayısı	Bilgi Yok	Bilgi Yok	Bilgi Yok	Bilgi Yok	Bilgi Yok	Bilgi Yok	0,1	0,1
Halk Sağlığı mezunu sayısı	25	Bilgi Yok	Bilgi Yok	45	Bilgi Yok	12	Bilgi Yok	Bilgi Yok
Orta Düzey Laboratuvar personel sayısı (10.000 kişiyeye düşen)	Bilgi Yok	Bilgi Yok	Bilgi Yok	Bilgi Yok	Bilgi Yok	Bilgi Yok	0,3	0,2

**Kaynak:** (6), LACHSR, (2001), Health Services System Profile Bolivia, Latin America and Caribbean Regional Health Sector Reform Initiative, s:7

Tablo 4'de 2000 yılında Kamu Sağlık Kuruluşlarında çalışan sağlık personeli sayıları verilmektedir.

**Tablo 4: Kamu Sağlık Kuruluşlarında Çalışan Sağlık Personeli Sayıları**

Kuruluş	Meslek Grupları					
	Hekim	Hemşire	Hemşire Yardımcıları	Diğer Çalışanlar	Yönetici	Genel Hizmetler
SSB	2,677	1,166	3,871	2,151	2,294	2,209
Sosyal Güvence	3,005	1,241	2,248	3,061	1,596	2,046
<b>TOPLAM</b>	<b>5,682</b>	<b>2,407</b>	<b>6,119</b>	<b>5,212</b>	<b>3,890</b>	<b>4,255</b>

**Kaynak:** (6), LACHSR, (2001), Health Services System Profile Bolivia, Latin America and Caribbean Regional Health Sector Reform Initiative, s:7

Kırsal kesimler sağlık personeli açısından olumsuz konumdadır. Bu durum yalnızca bu kesimlerde devamlı iş olanaklarının olmamasından değil, aynı zamanda temel ve orta kademe teknik personelin şiddetli yetersizliğinden kaynaklanmaktadır. Aslında ihtiyaç duyulan bölgelerde sağlık hizmetlerini destekleyecek ve personeli buralarda tutabilecek bir insan kaynakları yönetim sistemi veya politikası bulunmamaktadır. Ayrıca hizmet içi eğitim programları düzenlenmemektedir. 1991-1995 yılları arasında hekimler için 766 kişilik kadro açılırken, hemşireler için yalnızca 111 kişilik kadro açılmıştır. Bu çelişki özellikle sosyal sigorta şemasında göze çarpmaktadır.

Bu, sistemin tedavi hizmetlerine daha fazla önem verdiğini göstermektedir. Eğitim programlarının çoğu hastahane uygulamalarına yoğunlaşmakta, halk sağlığı programları geri kalmaktadır. Hükümet bu sorunun üstesinden gelebilmek için 1993 yılında Sağlık Hizmetleri Eğitim Komitesi'ni kurmuştur. Yüksek düzeydeki personel devir oranı, iki yıldan kısa bir süre içerisinde eğitilmiş sağlık personelinin %50'sinden fazlasının kaybedilmesine neden olmuştur (7/106).

## II.6. İlaç Sektörü

1999 yılında ilaçlara 98,5 milyon ABD Doları harcanmıştır. Bu tutar kişi başına 12,1 ABD Dolarına tekabül etmektedir. Aynı yıl ilaç harcamalarının %77,5'i cepten ödemelerle finanse edilmiştir. İlaç sektörü ülke ekonomisinin önemli elementidir ve Gayri Safi Milli Hâsıla'nın (GSMH) %1,15'ine ulaşmıştır. Ülkede 8.293 adet yasal olarak onaylanmış ilaç bulunmaktadır ve bunun 5.518'i piyasada bulunmaktadır. Bu ilaçların %27'si temel ilaçlar olup %70'i ithal edilmektedir (3/5).

Temel ilaçlara erişim konusunda eşitsizlik ve bu ilaçların kullanımını konusunda etkili olmayan kullanım söz konusudur. Bu durum ilaçların yüksek fiyatlarla satılmasına ve etkinlik ve güvenlik konusunda şüphelere neden olmaktadır. Yıllık toplam satış miktarı kabaca 70 milyon ABD Dolarıdır. 1990 yılında Temel İlaçlar İçin Ulusal Program hazırlanmıştır ve düzenleme yapısının güçlendirilmesi, temel ilaçların daha düşük fiyatlarla satılması kalitenin artırılması ve rasyonel ilaç kullanımının teşvik edilmesine yönelik çalışmalar yapılmıştır. Sağlık hizmetleri ağı içinde ilaçlar, hastalar veya sağlık kuruluşları tarafından doğrudan satın alınmaktadır.

Bolivya, Genişletilmiş Bağışıklama Programı'nın (GBP) aktif katılımcısıdır ve bu program çerçevesinde etkililiği kanıtlanmış ve makul fiyatlardaki aşuların satın alıcısıdır. 1995 yılından beri ulusal bütçede GBP için kaynak tahsis edilmektedir. Rabies ve malarya gibi bazı aşular dost ülkeler tarafından düşük fiyatlarla, hatta bazen ücretsiz olarak temin edilmektedir. GBP dahilindeki aşılama işlemleri halk sağlığı hizmetleri kapsamında ücretsiz olarak yapılmaktadır (7/105).

İlaç ürünleri ulusal piyasada ithal edilerek, bağışlar yoluyla ya da kaçak olarak temin edilmektedir. İthal edilen ilaçların oranı yaklaşık %70, ulusal üretim %30, ve bunların içerisinde kaçak yollarla ilaç temini %20 oranındadır. İlaç pazarında 210 adet şirket (laboratuvarlar, ithalatçılar, dağıtıcılar, vs.) bulunmakta ve bunların %99'u temel ilaçları piyasaya sunmaktadır.

İlaçlar Ve Diğer Ürünler Merkez Ofisi ilaçlar için lojistik hizmet sunarken, Sağlık Ve Spor Bakanlığı ulusal prosedürlerin belirlenmesi ve ilaçların dağıtımından sorumludur.

Bolivya'da Ulusal İlaç Formülasyonu bulunmaktadır ve bu listede 245 ilaç bulunmaktadır. Bu ilaçların kullanımını kamu ve özel sektör için zorunludur. Nüfusun yaklaşık %30'u Formülasyon listesindeki ilaçlara erişebilmektedir. Sağlık Ve Spor Bakanlığı tarafından yürütülen bazı sağlık programları bu listedeki ilaçların kullanılabilmesi için parasal destek sağlamaktadır.

Bolivya'da ilaç temininde görevli personelin yeterli eğitimi yoktur ve protokoller ve idari prosedürler konusunda yeterli bilgi sahibi değillerdir. Özel eczahane ve hastahanelerde uzman eczacıların istihdam edilmesi gerekmektedir (6/8).

## II.7. Sağlık Teknolojisi

Son yıllarda sağlık teknolojisi kaynaklarının kamu sektörüne aktarılması, Dünya Bankası'ndan ve Inter Amerikan Kalkınma Bankası'ndan alınan kredilerle finanse edilen ve temel sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi amacıyla yürütülen iki projenin uygulanması ile ilgilidir. Ulusal Sağlık Fonu düzenli olarak tıbbi ekipmanları yenileme programını yürütmektedir. Sağlık alanında planlı bir teknolojik gelişim programı yürütülebilmesi için ulusal bir politika bulunmamaktadır. Tıbbi ekipmanın kontrolü ve üretimi, kalitesi, ithal edilmesi ve pazarlanması konusunda açık politikalar ve standartlarla ilgili idari düzenlemeler yalnızca Finansal Yönetim Yasası ve Devlet Kontrol Sistemi tarafından yapılmaktadır (10/95).

Arızalı ve hizmet dışı ekipman bakımından iş sırasında eğitim verilen personelin yüzdesi, yüksek teknoloji cihazlar ve coğrafik ya da özel ve kamu sektörü arasındaki dağılımı konusunda bir bilgi bulunmamaktadır. 315 Belediyenin sağlık ekipmanlarının onarımına ve korunmasına tahsis ettiği bütçe hakkındaki bilgiler, bütünlük formda olmadığı için sunulmamaktadır (6/9).

## II.8. Sağlık Hizmetleri Finansmanı ve Harcamaları

### II.8.1. Sağlık Hizmeti Finansmanı

Sağlık hizmetlerinin finansmanında GSMH'dan sağlığa ayrılan pay 1998 yılında %5 olup, 2002 yılında %7'ye yükselmiştir. Ortalama olarak, bu dört yıllık süre zarfında, sağlık harcamalarının %22'si devlet bütçesinden, %38'i sosyal güvenlik sistemi tarafından ve %37'si doğrudan cepten yapılan ödemeler ve sivil toplum kuruluşları tarafından finanse edilmiştir. Toplam sağlık harcamaları içerisinde devlet bütçesinden yapılan finansmanın oranı azalmakta, doğrudan cepten yapılan ödemelerin oranı ise artmaktadır. Ayrıca devlet bütçesinden yapılan sağlık harcamalarının %7'si dış kaynaklardan finanse edilmektedir (13/8,9).

Bolivya'da sağlık sektörünün ana finansman kaynakları şunlardır:

#### II.8.1.1. Devlet Hazinesi

Ulusal Sağlık Sekreterliği 1995 yılında 99 milyon ABD Doları tutarındaki bir bütçeyi yönetmiştir. Bu miktarın 57 milyon ABD Doları doğrudan sağlık hizmetlerine, 42 milyon ABD Doları transferlere, emeklilik maaşlarına ve emeklilik ikramiyelerine ayrılmıştır. Hazineden ilaç harcamaları için 83 bin ABD Doları harcama yapılmıştır. Maaş ödemelerine ayrılan kaynak, desantralizasyon çalışmalarının bir parçası olarak yerel yönetimlere aktarılmaktadır. Son dönemlerde yapılan yapısal düzenlemelerden kaynaklanan bazı kısıtlamalara rağmen 1993–1996 yılları arasında devlet bütçesinden personel giderlerine ayrılan pay %18 oranında artmıştır (7/106).

### II.8.1.2. Belediyeler

1994 yılında kabul edilen Toplumsal İlişki Yasası ile eğitim, sağlık, kültür, spor ve kırsal yol yapımı ile ilgili tüm fiziksel alt yapıların mülkiyeti belediyelere devredilmiştir. Bolivya'da bulunan 311 belediye yönetiminin 219'u ulusal gelir-paylaşımı düzenlemeleri dâhilinde gelir elde etmektedir. Geriye kalan 92 belediye gelir elde etmek için gerekli olan 5.000 kişilik nüfusun altındadır ve gelir paylaşımı uygulamasından faydalanabilmek için birleşerek 47 adet yasal olarak tanınmış grup oluşturmuşlardır. 1994 yılında belediye gelirleri 74 milyon ABD Dolarıdır. 1995 yılından itibaren belediyelere tahsis edilen fonlar nüfus sayısına göre belirlenmeye başlanmıştır ve aynı yıl belediyelere 141 milyon ABD Doları fon tahsis edilmiştir. 1994 yılında belediyeler bütçelerinin 2 milyon ABD Dolarını sağlığa ayırırken, 1995 yılında bu miktar 8 milyon ABD Dolarına yükselmiştir. Bu miktarların toplam belediye bütçesine oranı 1994 yılında %2,7, 1995 yılında %5,7'dir. Bu oranın 1996 yılında %6 ve %10 arasında olduğu tahmin edilmektedir. Bazı belediyeler gelirlerinin %30'unu sağlık sektörüne ayırmaktadırlar. Sağlık hizmeti ücretlerinden elde edilen ve diğer gelirler yine sağlık hizmetlerinin desteklenmesine yönlendirilmektedir (7/106).

### II.8.1.3. Kuruluşlar-Şirketler

Bu kaynaktan sağlanan sağlık sektörü finansmanı sosyal güvence sektörüne katkıda bulunmak amacıyla yasal olarak kurulmuş özel ve kamu kuruluşlarından oluşmaktadır. Yasalara göre bu katkıların (ücretlerin %10'u) işverenlerden alınması gerekmektedir. 1995 yılında bu kategoride toplanan kaynaklar 107 milyon ABD Dolarıdır ve askeriye ait olan sosyal güvence fonu da buna dahildir (7/106).

### II.8.1.4. Hane Halkı Sağlık Harcamaları

Bolivya'da ailelerin yaptıkları sağlık harcamalarına ait veriler çok kısıtlıdır. 1990 yılında yapılan bir araştırmaya göre La Paz, Cochabamba, Santa Cruz ve El Alto'da aile bütçesinden sağlığa ayrılan oran %4 olup, yoksul kesimlerde %2,4, daha zengin kesimlerde %4,9 aralığında değişmektedir. Aile sağlık harcamalarının %40'ı ilaç harcamalarına, geriye kalan %60'ı diğer sağlık harcamalarına gitmektedir. Bu kısımdaki finansman kaynaklarının 105 milyon ABD Doları civarında olduğu tahmin edilmektedir (7/106).

### II.8.1.5. Devlete Ait Olmayan Kuruluşlar

Devlete ait olmayan kuruluşlardan elde edilen finansman kaynağının 20 milyon ABD Doları civarında olduğu tahmin edilmektedir (7/106).

### II.8.1.6. Dış Kaynaklar

Ulaşılan verilere göre dış kaynaklardan elde edilen finansman 312 milyon ABD Doları civarındadır (1989-1995 döneminde). Bu kaynağın %63'ü sağlık sektörüne aktarılmıştır. Kural olarak dış ülkelerle yapılan işbirlikleri, alt yapı, ekipman, ulusal programların geliştirilmesi ve belediye sağlık hizmeti çalışmalarının desteklenmesine odaklanmıştır.

Sağlık sektöründe dışsal kaynaklar sağlık sektörüne iki şekilde aktarılmaktadır; yardımlar ve krediler. Bolivya birçok ülke ile (Avrupa Birliği, ABD, Japonya, İskandinav Ülkeleri) işbirliği içindedir. Aynı zamanda Birleşmiş Milletlere bağlı kuruluşlarla (UNICEF, PAHO, Dünya Gıda Programı gibi) önemli işbirlikleri kurmuştur. Bu kuruluşlarla yapılan işbirlikler sonucunda birçok önemli projeye destek sağlanmakta ve böylelikle ülkenin sağlık sistemi ağı ve sağlık programı güçlendirilmektedir. Bu kısımda elde edilen finansal kaynakların %65'i karşılıklı yardımlardan (borç), %20'si Birleşmiş Milletlerden sağlanan çok yönlü teknik yardımlardan ve %15'i kalkınma bankalarından yapılan yardımlardan oluşmaktadır. Devlet dışı uluslararası kuruluşlar bazı belediyelere önemli teknik ve finansal destek sağlamaktadır (7/107).

### II.8.2. Sağlık Hizmetleri Harcamaları

1998 yılında sağlık harcamaları 422 milyon ABD Dolarıdır. Kamu sağlık harcamaları Gayri Safi Milli Hâsılası'nın %5'idir ve bu orana göre kişi başına düşen sağlık harcaması yıllık 46 ABD Dolarıdır. Kamu sağlık harcamaları toplam ulusal sağlık harcamalarının %65'ini oluşturmakta olup, bunun %42'si sosyal güvence ve %23'ü kamu sektörü tarafından yapılmıştır (5/9).

**Tablo 5: Sağlık Harcamaları, 1995-1998**

	1995	1996	1997	1998
Toplam Sağlık Harcamaları (ABD Doları*1000)	293,460	342,962	373,246	421,655
- Kamu Sağlık Harcamaları	8,345	83,554	82,756	97,430
- Sosyal Güvenlik Sağlık Harcamaları	109,841	148,450	155,656	179,089
- Özel Sağlık Harcamaları	102,274	110,958	134,835	145,136
Sağlık Harcamaları/Toplam Kamu Harcamaları	4,9	7,1	5,1	6,1
Sağlık Harcamalarının GSMH' ye Oranı (%)	4,80	4,82	4,68	4,94
Kişi Başına Düşen Sağlık Harcaması (ABD Dolar)	39,58	45,20	48,06	53,04

**Kaynak:** (6), LACHSR, (2001), Health Services System Profile Bolivia, Latin America and Caribbean Regional Health Sector Reform Initiative, s:11

1995-1998 yılları arasında sağlık sektörünün ana finansman kaynakları, ülkedeki kuruluşlar/şirketler (%45), tüketiciler (%31) ve devlettir (%17) (5/9).

1995 ile 1998 yılları arasında sağlık sektörüne ayrılan toplam harcamalar %43 oranında artmıştır. Kamu sektörü tarafından yapılan sağlık harcamaları özel sektörden daha fazladır. Aynı dönemde en yüksek sağlık harcamasını Sosyal Güvence sistemi yapmıştır. Bunu özel sağlık hizmetleri için yapılan hane halkı harcamaları takip etmiştir (6/11).

Tablo 6'da sağlık sektörünün finansman kaynakları ve kamu, sosyal güvenlik ve özel sektör arasındaki dağılımı gösterilmektedir (6/10).

Tablo 8' de sağlık harcamalarının yapıldığı alanlar gösterilmektedir. Tabloya göre en çok harcama yapılan kalem "kişisel hizmetler" dir. Ancak verilerin yetersiz olması nedeniyle "Diğerleri" sınıfına giren harcamaların oranı yüksektir. Özel sağlık harcamalarının dağılımı konusunda güvenilir bilgi elde edilememiştir ve ikincil ve üçüncül sağlık hizmetlerine yapılan sağlık harcamaları hakkında bilgi yoktur (6/12).

**Tablo 6: Sağlık Sektörü Finansman Kaynakları, 1995–1998 (ABD Doları (X) 1.000)**

	Kamu Sektörü			Sosyal Güvenlik			Özel Sektör		
	1996	1997	1998	1996	1997	1998	1996	1997	1998
<b>Hükümet</b>	62,025	64,810	71,743	---	4	10	---	---	---
<b>Kuruluşlar</b>	73	1,139	1,407	148,164	155,404	178,757	1,220	10,551	8,906
<b>Hane Halkı</b>	999	2,355	5,236	---	---	---	101,224	115,564	131,140
<b>Dış Kaynaklar</b>	19,792	14,452	19,045	286	248	323	8,514	6,719	6,720
<b>TOPLAM</b>	85,554	87,756	97,430	148,450	155,656	179,089	110,958	134,834	145,766

**Kaynak:** (6), LACHSR, (2001), Health Services System Profile Bolivia, Latin America and Caribbean Regional Health Sector Reform Initiative, s:10

**Tablo 7: Ulusal Sağlık Harcamalarının Kaynaklara Göre Dağılımı, 1995–1998 (ABD Doları (X) 1.000)**

	1995	1996	1997	1998
<b>1. KAMU</b>	<b>81,345</b>	<b>83,554</b>	<b>82,756</b>	<b>71,743</b>
1.1. Sağlık Bakanlığı	64,413	64,395	63,587	60,799
1.2. Bölgesel Yönetimler	1,775	1,382	3,224	2,568
1.3. Belediyeler	5,189	9,834	7,437	7,070
1.4. Sosyal Yatırım Fonları	6,739	3,340	6,905	1,219
1.5. Diğer	3,930	4,603	1,601	87,000
<b>2. SOSYAL GÜVENLİK</b>	<b>109,640</b>	<b>148,164</b>	<b>155,408</b>	<b>180,174</b>
<b>3. ÖZEL SEKTÖR</b>	<b>102,274</b>	<b>110,958</b>	<b>126,115</b>	<b>143,652</b>
3.1. Özel Sigorta	7,234	2,276	20,308	8,906
3.2. Devlete Ait Olmayan Örgütler	11,645	13,485	99,947	5,292
3.3. Ev Halkı Finansmanı	83,395	95,197	5,860	129,454
<b>TOPLAM</b>	<b>293,462</b>	<b>342,962</b>	<b>373,246</b>	<b>421,655</b>
<b>GSMH</b>	<b>6.551.753</b>	<b>7.122.275</b>	<b>7.968.061</b>	<b>8.555.300</b>
<b>GSMH'ye Oranı (%)</b>	<b>4,5</b>	<b>4,8</b>	<b>4,7</b>	<b>4,9</b>

**Kaynak:** (6), LACHSR, (2001), Health Services System Profile Bolivia, Latin America and Caribbean Regional Health Sector Reform Initiative, s:11

İlaç harcamaları 1999 yılında 98.497.582 ABD Dolarına yükselmiştir ve bu miktar kamu sektörü harcamalarının %5'i ve Sosyal Güvenlik harcamalarının %18'idir. İlaçlara yapılan hane halkı harcamaları, 1999 yılında ilaçlara yapılan toplam harcamaların %77,5'ini oluşturmaktadır (6/8).



**Tablo 8: Sağlık Harcamalarının Çeşitli Kalemlere Dağılımı, 1995–1998 (ABD Doları 1.000)**

Harcama Kalemleri	1995	1996	1997	1998
Kamu Sektörü	293,460	342,246	373,246	421,655
Kişisel Hizmetler	97,954 (%33,38)	129,278 (%37,69)	122,483 (%32,82)	130,511 (%30,95)
Kişisel Olmayan Hizmetler	21,183 (%7,22)	37,836 (%11,03)	25,070 (%6,72)	22,065 (%5,23)
Malzemeler ve Maddeler	13,741 (%4,68)	10,298 (%3,0)	15,912 (%4,26)	20,115 (%4,77)
Gerçek Değerler	28,816 (%9,82)	26,917 (%7,85)	31,445 (%8,42)	53,899 (%12,78)
Diğer	113,695 (%38,74)	121,006 (%35,29)	157,113 (%42,00)	175,129 (%41,53)

**Kaynak:** (6), LACHSR, (2001), Health Services System Profile Bolivia, Latin America and Caribbean Regional Health Sector Reform Initiative, s:12

## II.9. Sağlık Reformları

Son yıllarda birçok Latin Amerika ülkesinde olduğu gibi Bolivya da sağlık hizmetlerine erişimin artırılması ve sağlık hizmetlerinin kalitesinin yükseltilmesi amacıyla sağlık sisteminde reform girişimleri göstermektedir. 1997-2002 Stratejik Sağlık Planı, öncelikle sağlık hizmetlerine herkesin erişiminin sağlanması, özellikle birincil sağlık hizmetlerine önem verilmesi, sosyal sigorta ve kaynakların yerinden yönetimi amaçlarına uygun olarak hazırlanmıştır. Bu planın uygulanmasıyla özellikle aşılamaya kapsamında ve doğum sırasında eğitimli bir yardımcının bulunması yönünde önemli gelişmeler kaydedilmiştir. Ancak bu gelişim daha çok ekonomik durumun iyi olduğu kentsel bölgelerle sınırlıdır ve fakir bölgelerde belirgin bir düzelme gözlenmemektedir.

1990'lı yılların ortalarından beri özellikle çok fakir bölgeleri ve doğurganlık çağında kadınları kapsamına alan önemli sağlık programları yürütülmektedir. Bu doğum öncesi ve doğum sonrası bakım hizmetleri, pre ve peri-natal hizmetler, antenatal hizmetler, doğum ve acil hizmetler sunulmaktadır. Bu tür hizmetler çoğunlukla sivil toplum kuruluşları ve kiliselerle işbirliği içinde yürütülmekte ve finansmanı ağırlıklı olarak devlet tarafından karşılanmakla birlikte bu kuruluşlarla ortaklaşa sağlanmaktadır (13/10,11).

Sağlık sektörü reform sürecinin arkasında bulunan ana strateji Ulusal Sağlık Sigortası'dır (USS).

USS tüm vatandaşların, ülkedeki hastalıkların ve ölümlerin ana nedenlerinin ortadan kaldırılması veya hafifletilmesi için şart olan koruyucu, geliştirici ve tedavi edici sağlık hizmetlerine erişiminin garanti altına alınması amacına yöneliktir. Bu sistem 5 yaş altı çocuklara beslenme ve sağlık hizmetleri sunulması, beslenmenin geliştirilmesi ve bağışıklama, en çok rastlanan ölüm nedenlerine karşı önlemler alınması faaliyetlerini içermektedir. Bu faaliyetler kapsamında ülkede endemik olan tüberküloz, malarya, kolera ve cinsel yolla bulaşan hastalıkların teşhisi ve tedavisi hizmetleri sunulmasını amaçlamaktadır (5/8).

Amerikan Kalkınma Bankası ile yapılan bir kredi sözleşmesi kapsamında "Epidemiyolojik Kalkan" projesi ve 1999–2004 Sağlık Sektörü Reformuna Destek Projesi yürütülmüştür. Bu yatırım 54 milyon ABD Doları tutarındadır. Hükümet ayrıca, Sağlık Sektörü Reformuna Destek Projesi'nin ilk basamağı olan 1999–2001 faaliyetleri için Dünya Bankasından 28 milyon ABD Doları kredi almıştır. Bu ilk aşamanın amacı ulusal anne ve bebek ölüm oranlarının düşürülmesi olmuştur (5/9).

1996 yılında yapılan bir düzenleme ile Ulusal Sağlık Sekreterliği, İnsani Kalkınma Bakanlığı'nın bir bölümü haline gelmiştir. Bu düzenleme ile sağlık sektörünün 1994 yılında yapılan yasal düzenlemelere uyum göstermesi amaçlanmış ve düzenleme sağlık sektörünün yeniden yapılanması için bir çatı teşkil etmiştir. Teorik olarak bu model, sağlık politikalarını ve planlarını; insani gelişim, sağlık ve eğitim sistemleri arasında daha iyi bir koordinasyon, yaş, cinsiyet ve etnik köken ayrımı yapılmaması ve yoksullukla mücadele amaçlarına yönelik olarak şekillendirmektedir. Pratikte de, ulusal sağlık sisteminin, sektörel yönetim düzenlemelerini ve sağlık hizmetlerini üretiminde çeşitli sosyal katılımcıların sorumluluklarının yapısını ve örgütlenmesini genel olarak belirlemektedir (7/101).

### II.9.1 Ulusal Sağlık Politikası Ve Planları

Bolivya sağlık sisteminin geliştirilmesi ve herkesin birincil sağlık hizmetlerine erişiminin sağlanması amacıyla 1997–2000 Stratejik Sağlık Planı hazırlanmıştır. Bu plan bir "epidemiyolojik kalkan" niteliğinde olup, kısa dönem (3 sene), temel ve sosyal sigorta, sağlıklı belediyelerin desteklenmesi, toplumun katılımı ve kontrolü temeline dayanmaktadır. Stratejik Sağlık Planı, 1994 Toplumsal İlişki Yasasıyla belirlenen sektörel desantralizasyon ilkelerini takip etmektedir (5/8).

Bolivya Hükümeti, ülkedeki sağlık durumunun düzeltilmesi amacıyla 1994 yılında Toplum Katılım Kanun'u yürürlüğe koymuştur. Bu kanunla tüm yerel hizmet altyapısı belediyelere devredilmiş, bu amaca hizmet eden fonlar tahsil edilmiştir ve bu hizmetlerin altyapılarının tüm işletim, bakım ve yönetim sorumlulukları da yine belediyelere devredilmiştir. Bu yasaya bağlı olarak sunulan hizmetlerden elde edilecek tüm gelirler belediyelere verilmiş, aynı zamanda hizmet kullanıcılarının da katılımını öngören sosyal ve ekonomik kalkınma planlarının hazırlanması kararlaştırılmıştır. Son olarak, bu yasayla belediyelere tahsil edilen bu fonların uygun kullanımını denetlemek üzere bir denetim komitesi kurulmuştur. Sağlık hizmetlerinde görev yapan insan kaynaklarının ve ülke çapında yürütülen programların finansmanı yine ulusal bütçeden sağlanmaya devam edecektir (12/7).

## **II.10. Dış Kaynaklı Teknik Ve Finansal İşbirliği**

Son yıllarda ülkeler arasında teknik işbirliği düzeyi artmıştır. Bolivya, Avrupa Birliği, ABD, Japonya ve İskandinavya ülkeleri ile teknik işbirliği amacıyla iki taraflı işbirliği düzenlemeleri yapmaktadır.

Aynı zamanda Birleşmiş Milletler sistemiyle de (PAHO, UNICEF, Dünya gıda örgütü gibi) yakın iş birliği içerisinde. Ayrıca Dünya Bankası ve Inter-Amerikan Kalkınma Bankası ülkenin sağlık sisteminin güçlendirilmesine yönelik önemli projelerde kredi desteği sağlamaktadır. Bu çerçevede yürütülen dış kaynaklı teknik ve işbirliği uygulamalarının %65'i çift taraflı yardımlardan, %20'si Birleşmiş Milletler tarafından sağlanan teknik yardımlardan ve %15 yatırım bankaları tarafından yapılan yardımlardan oluşmaktadır. Uluslararası sivil toplum kuruluşlarının da bazı bölgelerde sağladıkları teknik ve finansal yardımlar da önemli miktarlara ulaşmaktadır (12/11,12).

A. ERDAL

SARGÜZİN

### III. BOLİVYA VE TÜRKİYE SAĞLIK SİSTEMLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

**Tablo 9: Bazı Göstergeler**

Göstergeler	Yıl	BOLİVYA	TÜRKİYE
Nüfus	2003	8.676.000	70.847.000
Toplam Sağlık Harcamalarının GSMH'ye Oranı	2002	7	7
Kişi Başına Sağlık Harcaması (ABD Dolar)	2002	179	120
10.000 Kişiye Düşen Yatak Sayısı	2002	14,5	26
10.000 Kişiye Düşen Hekim Sayısı	2002	7	14
10.000 Kişiye Düşen Ebe / Hemşire Sayısı	2002	10	30
Doğuştan Beklenen Yaşam Süresi	2002	65	70
Bebek Ölüm Hızı (Binde)	2002	56	36

**Kaynak:** (1) WHO (2002) Country Health Indicators, Bolivia ve Turkey kısımları, World Health Organization, s:3,4

Tablo 9'daki göstergeler incelendiğinde Bolivya, Türkiye'ye göre daha kötü durumdadır. Sağlık hizmetlerinde bölgesel eşitsizlik iki ülkede de vardır. Ancak Bolivya'da durum daha kötüdür. Öyle ki bazı kırsal kesimler geleneksel tıp uygulayıcılarına emanet edilmiştir. Bebek ölüm hızlarına bakıldığında, Türkiye'ye göre Bolivya'da ölüm oranı daha fazladır. Bu durum koruyucu sağlık hizmetleri ve ana-çocuk sağlığı hizmetlerinin yetersizliğinin bir sonucudur.

Bolivya'nın sosyoekonomik durumunun zayıf ve ülkenin yoksul olması sebebiyle yoksul kesim sağlık hizmetlerine ulaşmada Türkiye'ye göre daha büyük sorunlar yaşamakta ve bu durum Bolivya sağlık sisteminin sağlık hizmeti sunumu, ulaşılabilirliği, güvenilirliği, etkililiği, verimliliği, etkinliği bakımından olumsuz sonuçlar doğurmaktadır.

Bolivya'da tüm halk sağlığı hizmetleri, birincil sağlık hizmetleri düzeyinde belediyeler tarafından yürütülmektedir. Türkiye'de Sağlık Bakanlığı'nın sağlık ocakları, sağlık evleri, dispanserleri, ana çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezleri tarafından yürütülmektedir.

Bolivya'da Sağlık Ve Spor Bakanlığı sektörel düzenlemelerden, politikaların ve ulusal standartların belirlenmesinden sorumludur. Yerel düzeyde sağlık kuruluşlarının idaresinden yerel yönetimler, sağlık insangücü yönetiminden de, Bölgesel Yönetimler sorumludur.

Türkiye'de tam tersine merkezîyetçi bir yapı söz konusudur. Sağlık insangücü yönetiminden, sağlık kuruluşlarının idaresinden, alt yapıdan, finansmandan ve denetiminden Sağlık Bakanlığı sorumludur.

İki ülkede de sağlık hizmetlerine GSMH'den yaklaşık aynı oranda pay ayrılmaktadır.

Bolivya'da geleneksel tıp uygulamaları yaygın olarak kullanılmakta, uygulayıcılarının sağlık sisteminde çalışmalarına izin verilmektedir. Türkiye'de geleneksel tıp uygulamaları resmi olarak yasak olmasına karşın, bölgesel olarak halk arasında uygulandığı görülmektedir.

Bolivya sağlık sistemi içerisinde özellikle birincil sağlık hizmetlerinin uygulanmasında özel sektörün çok önemli bir yeri vardır. Türkiye'de birincil sağlık hizmetleri özel muayenehane ve teşhis birimleri yanında, büyük ölçüde devlet tarafından yürütülür.

1999'da Bolivya'da kişi başına ilaç harcaması 12,1 ABD Doları, Türkiye'de 58 ABD Doları olarak gerçekleşmiştir. Bolivya'da ithal edilen ilaçların oranı %70, ulusal üretim %30'dur. Ancak bu oranların içerisinde %20'lik kısım kaçak yollarla temin edilmektedir. Bu toplama, %20'lere ulaşan kaçak ilaç temini dahil değildir. Türkiye'de ülke ihtiyacının % 92'si yerel üretimle karşılanmakta, %8'i ithalat yoluyla sağlanmaktadır.

Bolivya'da sağlık hizmetlerinin arz ve arzın finansmanı kamu-özel karışımı şeklindedir. Türkiye'de sağlık hizmetlerinin arzı ve arzın finansmanı büyük oranda kamu ağırlıklıdır, bunun yanında özel sağlık kuruluşları da büyümekte olan bir paya sahiptir.

Bolivya'da toplam sağlık harcamaları içinde devletin payı %60 civarındadır. Devletin yapmış olduğu sağlık harcamalarının %65'i sosyal güvence için harcanmıştır. Sağlık harcamalarındaki dış kaynakların payı %7'dir. Kişisel harcamaların payı %40,2'dir. Türkiye'de toplam sağlık harcamaları içindeki devletin payı %70'lerde görünmekle beraber bu harcamaların %55-60 kadarı sosyal güvence fonlarından yapılmıştır. Sağlık harcamalarındaki dış kaynakların payı küçüktür. Kişisel harcamaların payı %28,4'dür.

Bolivya nüfusunun %22'si Sosyal Güvence Fonları, %10'da Özel Sigorta Fonlarından faydalanır. %43-48 nüfus kamu Ulusal Sağlık Sigortası kapsamındadır. %20-25'lik kesim ise sigorta kapsamında sağlık hizmetlerinden faydalanamaz. Türkiye'de nüfusun %70 kadarı sosyal güvenlik kapsamında, %20'si sosyal yardım kapsamında ve %10'u sigortasızdır (11/4).

Türkiye sağlık sistemi Bolivya sağlık sistemine nazaran, sağlık sisteminin sunumunda, ulaşılabilirliğinde, daha etkili, etkin, verimli bir yapı arz etmektedir.

Bolivya kamu harcamalarının yüksek olduğu Özel Teşebbüs / Serbest Pazar tipinden, tüm vatandaşların koruyucu, geliştirici ve tedavi edici sağlık hizmetlerine erişiminin garanti altına alınması amacıyla kurmayı hedeflediği Ulusal Sağlık Sigortası (USS) yoluyla Kapsayıcı / Bütüncü / Tekçil Hizmet tipi sağlık sistemine geçmeyi çalışmaktadır.

**KAYNAKLAR**

- 1- WHO (2002) Country Health Indicators  
<http://www3.who.int/whosis/country/indicators.cfm>  
(Sayfa numaraları araştırmacılarca verilmiştir)
- 2- WORLD.BANK (2005) World Development Indicators Database  
<http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/COUNTRIES/LACEXT/BOLIVIAEXTN>  
(Sayfa numaraları araştırmacılarca verilmiştir)
- 3- WHO.(2004) Health Action in Crisis, Main Public Health Issues and Concerns  
[http://www.who.int/hac/crises/bol/background/2004/Bolivia\\_Dec04.pdf](http://www.who.int/hac/crises/bol/background/2004/Bolivia_Dec04.pdf)  
(Sayfa numaraları araştırmacılarca verilmiştir)
- 4- National Politica of Health (2003) Ministerio de Salud y Deportes (Bolivya Sağlık Ve Spor Bakanlığı)  
<http://www.sns.gov.bo/polinasa.htm>  
(Sayfa numaraları araştırmacılarca verilmiştir)
- 5- PAHO (2000) Country Profiles Bolivia, Pan American Health Organization,  
[http://www.paho.org/english/dd/ais/be\\_v24n1-Bolivia.htm](http://www.paho.org/english/dd/ais/be_v24n1-Bolivia.htm)  
(Sayfa numaraları araştırmacılarca verilmiştir)
- 6- LACHSR (2001) Health Services System Profile Bolivia, Latin America and Caribbean Regional Health Sector Reform Initiative  
<http://www.lachsr.org/es/index.cfm>  
(Sayfa numaraları araştırmacılarca verilmiştir)
- 7- PAHO (1998) Bolivia, Pan American Health Organization  
<http://www.paho.org/english/HIA1998/Bolivia.pdf>  
(Sayfa numaraları araştırmacılarca verilmiştir)
- 8- Ana Yayıncılık (2004) AnaBritannica Genel Kültür Ansiklopedisi, Bolivya, Ana Yayıncılık  
A.Ş. Cilt 4
- 9- WHO (2002) Immunization Profile Bolivia, World Health Organisations  
[http://www.who.int/immunization\\_monitoring/en/globalsummary/countryprofiles/result.cfm?C='bol'](http://www.who.int/immunization_monitoring/en/globalsummary/countryprofiles/result.cfm?C='bol')  
(Sayfa numaraları araştırmacılarca verilmiştir)
- 10- PAHO (2002) Health In The Americas Volume II, Bolivia, Pan American Health Organization, Washington D.C, U.S.A.  
[http://www.paho.org/english/dbi/mds/HIA\\_2002.htm](http://www.paho.org/english/dbi/mds/HIA_2002.htm)  
(Sayfa numaraları araştırmacılarca verilmiştir)

- 11-ÇSGB (2003) Genel Sağlık Sigorta Sistemi Ve Kurumun Kurulması, T.C. Çalışma Ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı  
<http://www.calisma.gov.tr/projeler/tekcati.htm>  
(Sayfa numaraları araştırmacılarca verilmiştir)
- 12-PAHO (2001)Country Profile: Bolivia, Regional Core Health Data System, Pan American Health Organization, Washington D.C, U.S.A.  
<http://www.paho.org/english/sha/prfbol.htm>  
(Sayfa numaraları araştırmacılarca verilmiştir)
- 13-WHO (2006) The Bolivian Health System and Its Impact on Health Care Use and Financial Risk Protection, World Health Organisation,  
[http://www.who.int/health\\_financing/Bolivian\\_health\\_system.pdf](http://www.who.int/health_financing/Bolivian_health_system.pdf)

A. ERDAL

SARGUTIAN

A. ERDAL SARGUTAN



A. ERDAL SARGUTAN