

# MEKSİKA SAğLIK SİSTEMİ

ARAŞTIRMA YÖNETİCİSİ - EDITÖR

Doç. Dr. A. Erdal SARGUTAN

ARAŞTIRMA GRUBU

Zübeyde ZAMAN

Pınar GÖĞEBAKAN

Hatice ALTUNTAŞOęLU

Fatih ŞANTAŞ

Ali GÜRAKAN

A. ERDAL SARGUTAN

**MEKSİKA SAĞLIK SİSTEMİ**

<b>ÖZET</b>	1932
<b>I.ÜLKE TANITIMI</b>	1934
I.1. Coğrafya	1934
I.2. Tarihçe	1935
I.3. Nüfus	1936
I.4. Yönetim	1936
I.5. Ekonomi	1937
I.6. Eğitim	1938
I.7. Kültürel Yaşam	1938
<b>II. SAĞLIK SİSTEMİ</b>	1939
II.1. Sağlık Sisteminin Tarihsel Gelişimi	1939
II.2. Sağlık Yapısı	1940
II.3. Sağlık Sisteminin Örgütsel Yapısı	1941
II.3.1. Merkezi Örgütlenme	1941
II.3.2. Sağlık Sekreterliği Ve Eyalet Sağlık Birimleri	1941
II.3.3. Sosyal Güvence Sektörü	1943
II.4. Sağlık Hizmetlerinin Sunumu	1947
II.4.1. Koruyucu Ve Birincil Sağlık Hizmetleri	1947
II.4.2. İkincil ve Üçüncül Sağlık Hizmetleri	1948
II.4.3. Halk Sağlığı Hizmetleri	1948
II.4.4. Özel Sektör	1950
II.5. Sağlık Hizmetleri Finansmanı	1951
II.5.1. Sağlık Hizmetleri Talebinin Finansmanı	1951
II.5.2. Sağlık Hizmetleri Arzının Finansmanı	1952
II.5.3. Toplam Sağlık Harcamaları	1953
II.6. Sağlık İnsangücü	1954
II.7. İlaç Sektörü	1956
II.8. Sağlık Teknolojisi	1957
II.9. Sağlık Reformları	1958
<b>III. MEKSİKA VE TÜRKİYE SAĞLIK SİSTEMLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI</b>	1960
<b>KAYNAKLAR</b>	1963

## ÖZET

Meksika sağlık sistemi federal hükümetin yetki sınırları içerisinde yer almaktadır. 1943 yılında Sağlık Bakanlığı Ve Yardım Sekreterliği kurulmuş fakat daha sonra 1985 yılında ismi Sağlık Sekreterliği olarak değiştirilmiştir. İlk zamanlarda sosyal güvence kuruluşları arasında eşgüdümü sağlamaya çalışırken, daha sonraları koruyucu sağlık hizmetleri ve sigortalı olmayan nüfusa sağlık hizmeti veren büyük bir hizmet sunucu kurum haline gelmiştir. Sağlık Sekreterliği Meksika ulusal sağlık sistemini yönetmek, ulusal sağlık politikalarını belirlemek ve yürütmekle sorumludur. Toplum sağlığı hizmetleri ve koruyucu sağlık hizmetleri Sağlık Sekreterliği'nin belirlediği politikalar dahilinde gerçekleştirilir. Meksika'da sağlık hizmetlerinin kalitesini ve ulaşılabilirliğini artırabilmek için yürütülen ulusal ve eyalet sağlık politikalarının çerçevesi yerinden yönetim ve Ulusal Kalkınma Planına göre sosyal refahı sağlama hususlarına odaklanmıştır.

Meksika sağlık sistemi, kamu ve özel sektörün karışımından oluşur. Meksika'da sağlık sistemi desantralize olmuş bir yapıya sahiptir. Sağlık hizmetleri sunumu eyaletler ve sosyal güvence kurumları tarafından yerine getirilmektedir. Ulusal sağlık hizmeti ve sosyal güvenlik hizmeti sağlayan kuruluşlar Sağlık Sekreterliği, Meksika Sosyal Güvence Kurumu (IMSS), Kamu Çalışanları Sosyal Hizmetler Ve Güvence Kurumu (ISSSTE), Petrol İşçileri İçin Sosyal Güvence Kurumu, Deniz Kuvvetleri İçin Sosyal Güvence Kurumu, Federal Bölge Bölümü (DDF), Eyalet Birimleri'dir. Bu sosyal güvence kuruluşlarının en büyüğü Meksika Sosyal Güvence Kurumu'dur. Bunların hemen hepsi primli sosyal sigorta olarak çalışır.

Meksika sosyal güvence sistemi kamu sektöründe çalışanlar için zorunludur. Üyelerine ve onlara bağımlı kişilere sağlık hizmetleri ve başka yararlar sağlar. Meksika sosyal güvence sistemi işverenin niteliğine bağlı bir yapılanma içerisinde farklı kurumların yer aldığı bir sistemdir.

Meksika, yardım ve genel vergi gibi kaynaklarla kamu finansman ilkelerine dayalı olarak sağlık hizmet kaynaklarını artırırken, bunu genele yayamamaktadır. Meksika'da bulunan her sosyal güvence ve sağlık kurumu kendi finansman sistemine sahiptir. Meksika'daki sosyal güvence kurumları çeşitli nedenlerden dolayı tek bir çatı altında toplanamamaktadır. Meksika sağlık sisteminin yasal çerçevesini Genel Sağlık Kanunu ve Sosyal Güvence Kanunu oluşturur.

2003 yılında Meksika'da sağlıkta sosyal koruma sağlamak için yeni bir sistem oluşturmak amacıyla Genel Sağlık Kanunu Reformu yapılmıştır. Bu reformun da temelini Sağlıkta Sosyal Koruma İçin Sistem'i ve bu sistemi yürütmek için oluşturulan Genel Sağlık Sigortası (Seguro Popular de Salud-Seguro Popular) oluşturmuştur.

Meksika'da birincil sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi için anne ve çocuk bakımı, vektör kontrolü, sağlık eğitimi, aile planlaması, aşılama ve diğer koruyucu faaliyetlerde bulunmak üzere IMSS-Oportunidades, Kapsam Genişletme Programı ve Oportunidades gibi programlar gerçekleştirilmektedir.

Meksika'da ikincil sağlık hizmetleri temel olarak ayakta bakım ve yatan hasta bakımı olarak uzman hekimler tarafından genel hastahanelerde verilir. Her kamu kurumunun kendi hastahane ağı bulunmaktadır. Meksika'da halk sağlığı açısından kırsal kesimin temel, koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerine ulaşmasına öncelik verilmektedir.

Meksika'daki tüm kamu sağlık kurumlarının çalıştırdıkları profesyonel, teknik ve diğer personeli için düzenledikleri sürekli eğitim planları bulunmaktadır. Meksika'da son on yılda kamu kuruluşlarında çalışan sağlık profesyonellerinin ve diğer sağlık çalışanlarının sayısında önemli bir artış olmuştur.

Meksika'da 2001 yılında oluşturulan Ulusal Sağlık Programı 2001-2006 içerisindeki politikalar temel olarak eşitlik, kalite ve finansal koruma alanlarında programlar oluşturmayı amaçlamaktadır.

2003 yılında Meksika'da sağlıkta sosyal koruma sağlamak için yeni bir sistem oluşturmak amacıyla Genel Sağlık Reformu Kanunu yapılmıştır. Bu reformun temelini Sağlıkta Sosyal Koruma İçin Sistemi ve bu sistemi yürütmek için oluşturulan Genel Sağlık Sigortası oluşturmuştur.

Meksika'da kamu fonlarının büyük bir kısmı tedavi edici hizmetlere harcanmaktadır. Kamu sağlık harcamaları kurumlar ve bölgeler arasında eşit olarak dağıtılmamaktadır. Fakir eyaletlerde kişi başına sağlık harcaması daha düşüktür.

Meksika'da personel giderleri hemen hemen sağlık kurumlarının bütçelerinin yarısını oluşturmaktadır. IMSS kurum bütçesinin yaklaşık %48'ini personel giderlerine ayırmaktadır.

Demografik yapının bir özelliği olarak sağlık hizmetleri büyük kentlerde yoğunlaşmıştır. Kırsal kesim sağlık hizmetlerine ulaşmada sorunlarla karşılaşmaktadır.

Meksika'da kar amaçlı şirketler çoğunluktadır. Özel sektörün sağlık sistemi içinde önemli oranlarda payı vardır. Özel sektörün sağlanan hizmetler ve kalitesi bakımından dağınık bir yapısı vardır.

Meksika'da hizmet talebinde Refah Yönelimli / Sigorta yönleri de güçlü olan Özel Teşebbüs / Serbest Pazar tipi bir sağlık sistemi bulunmaktadır

-

A. ERDAL SARGUTAN

# MEKSİKA SAğLIK SİSTEMİ

## I. ÜLKE TANITIMI

RESMİ ADI	: Meksika Birleşik Devletleri
YÜZÖLÇÜMÜ	: 1.958.201 km <sup>2</sup>
NÜFUSU	: 102.797.200
YÖNETİM BİÇİMİ	: Federal Cumhuriyet
BAŞKENTİ	: Mexico City
DİLİ	: İspanyolca (resmi)
PARA BİRİMİ	: Meksika Pesosu (Ps)
DİNİ	: Katolik (3:523-530)

### I.1. Coğrafya

Meksika kuzeyde ABD, batı ve güneyde Büyük Okyanus, güneydoğuda Guetamala ve Belize, doğuda da Meksika Körfezi ve Antil Deniziyle çevrilidir. Meksika'nın yüzölçümü 1.958.201 Km<sup>2</sup>'dir. Kuzeybatı-güneydoğu doğrultusunda yaklaşık 3000 km boyunca uzanır. Kuzeyde 1920 km'yi geçen genişliği, Tehuantepec Kistağında ancak 215 km'ye yaklaşır. Kabaca kuzeyden güneye daralan dar bir üçgeni andırır (3:523).

Meksika'daki akarsuların çoğu kısa ve hızlı akışlıdır. Çeşitli kollarla beslenen Basas Irmağı önemli bir hidroelektrik enerji kaynağıdır. Mexico'nun batısındaki Toluca Havzasından doğan Lerma ırmağı ülkenin en büyük gölü olan Chapala Gölüne girer. Mesa Central'in doğu kesimindeki suları toplayan Moctezuma-Panuca ırmak sistemi Doğu Sierra Madre'de derin boğazlar olarak Meksika Körfezine ulaşır. Güneydoğudaki Grijalva-Usumacinta ırmak sisteminin kolları Chiapas Yaylasından doğar.

Meksika'nın yüzey şekillerindeki çeşitlilik iklim koşullarında da kendini gösterir. Ülkenin yarısından fazlası Yengeç Dönencesi'nin güneyinde kalır. Bu kesimde mayıstan ağustosya kadar süren yoğun yağışlar olur. Ağustos-ekim arasında kıyılarda sık sık tropik kasırgalar görülür. Düz ve tepelik alanlardan oluşan 900 metrenin altındaki "sıcak topraklarda" (tierra caliente) sıcaklık ortalama 25°C'dir.

Kuzeydeki çöl alanlarda çalılardan oluşan seyrek bir bitki örtüsü egemendir. Step görünümünü taşıyan kuzey, kuzeybatı ve orta kesimlerde kısa otların yanı sıra kaktüs, avizeağacı, Agave cinsi bitkilerle öteki etli bitki türleri yetişir. Yüksek yağış alan güney ve doğu bölgeleri, Yucatan ve batı kıyıları yağmur ormanları ve savan türleriyle kaplıdır. İğne yapraklı ve karışık ormanlara ortagüney kesimindeki dağlarla Batı ve Doğu Sierra Madre'nin 1.500-3.900 m arasındaki kesimlerinde rastlanır.

Tropik ormanlarda maymun, jaguar, tapir ve karıncayiyen gibi, kuzeydeki kurak bölgelerde ise armadillo, geyik, puma ve kır kurdu gibi memeliler yaşar. Kuş, sürüngen ve böcek varlığı son derece zengindir (3:525).

## I.2. Tarihi

Bugünkü Meksika topraklarında avcılıkla geçinen ilk insan topluluklarının ortaya çıkışı günümüzden 23 bin yıl öncesine gitmektedir. İÖ 5000'lerde başlayan toprak ekimi zamanla avcılığa ve toplayıcılığa ağır basarak İÖ 1500'lere doğru göçebe yaşam biçiminden köylere dayalı yerleşik tarıma geçiş için gerekli koşulları yarattı. Basit köy toplulukları İÖ 900-300 arasında yerini daha karmaşık ve gelişkin kültürlerle bıraktı. İS 100-900 arasında Olmeklerin, Mayaların ve Töteklerin kurduğu daha büyük uygarlıklar biçimlendi.

İspanyolların Meksika'yı fethi, Küba genel valisi Diego Velazquez'in 1517'de Francisco Fernandez de Cordoba'yı keşif için Yucetan kıyılarına göndermesiyle başladı. Askeri vali unvanıyla Hernan Cortes I. Carlos adına iki yıl süren seferi sonunda Ağustos 1521'de Aztek başkenti Tenochtitlan'ı ele geçirdi ve aynı yerde bugünkü Mexico kenti inşa edildi.

Napoleon Savaşları (1792-1815) sırasında İspanya'da çıkan karışıklıklar sömürgeci denetimi büyük ölçüde zayıflattı. 1820'de Fernando'nun bir darbeyle 1812 Anayasası'nı geri getirme girişiminde bulundu. 1821'de ülkeye gönderilen yeni valinin Cordoba Antlaşması'nı imzalamasıyla sömürge yönetimi sona erdi.

General Antonio Lopez de Santa Anna'nın önderliğinde birleşen muhalefet imparator I. Agustin'i tahttan çekilmeye zorlayarak Aralık 1823'te cumhuriyeti ilan etti. Ardından ABD'yi örnek alan federal bir anayasa benimsendi.

1833'te Federalistlerin desteğiyle başkan seçilen Santa Anna, başlangıçta liberal adımlar atmasına karşın 1836'da baskıcı bir yönetime yöneldi. Aynı yıl ABD'li göçmenlerin Texas'ta başlattığı ayaklanma, bu toprakların Meksika'dan kopmasıyla sonuçlandı. Texas 1845'te yeni bir eyalet olarak ABD'ye bağlandı (3:528).

Meksika Savaşı'ndan sonra aydınlar arasında liberal görüşler hızla güç kazanmaya başladı. Juan Alvarez ve Ignocia Comonfort aydınları önemli görevlere getirilerek "La Reforma" olarak bilinen dönemi açtılar. 1857'de liberal aydınların öncülüğünde yeni bir anayasa hazırlandı. Tutucuların 1858'de giriştiği ayaklanmayla bir iç savaş başladı. İspanya, İngiltere ve Fransa tutucuları desteklerken ABD Juarez yönetiminin yanında yer aldı. Juarez 1861'de Mexico'ya dönerek resmen başkan seçildi.

Juarez'in mali sorunları çözmek için dış borç ödemelerini iki yıl süreyle ertelemesini fırsat bilen Fransa imparatoru III. Napoleon Meksika üzerinden Güney Amerika'ya yayılma planını uygulamaya girişti. Fakat Napoleon ABD'nin de baskısıyla Şubat 1867'de birliklerini Meksika'dan çekti. Aralık 1867'de tekrar başkan olan Juarez 1872'de öldü. Aynı yıl yerine Sebastian Lerdo de Tejada geçti. Daha sonra Porfirio Diaz, yönetimi devirerek Kasım 1876'da başkanlığa geçti.



Diaz yönetimini hedef alan ilk etkili muhalefet hareketi anarko-sendikalist eğilimli Yenilenme grubu oldu.

Meksika'da 1910 ve 1940 yılları arası iç savaşların ve yönetim değişikliklerin fazla olduğu bir dönem yaşandı. Ülkede istikrarlı bir dönem 1940 yılında Manuel Avilla Camacho'nun başkan olmasıyla başladı. Toplumsal reformlar pekiştirildi. Camacho ABD ile bir yakınlaşmanın başlamasına öncülük etti (3:529).

Almanların iki tankerini batırması üzerine ABD'den birkaç ay sonra Müttefiklerin yanında II. Dünya Savaşı'na giren Meksika, batı kıyılarını Japon saldırılarından korumak amacıyla ortak bir harekât komitesi oluşturdu. Meksika'nın savaştaki asıl rolü ABD sanayisine düzenli hammadde sağlamak oldu.

Meksika 1970'lerin ortalarında Başkan Jose Lopez Portillo'nun yönetimi altında dünyanın önde gelen petrol üreticileri arasına girdi. Temmuz 2000'de Kurumsal Devrimci Parti kuruluşundan beri ilk kez başkanlık seçimlerini kaybetti. Başkanlığa Ulusal Eylem Partisi'nden Vicente Fox seçildi. Fox 1996'da Yerli Hakları ve Kültürü yasasını çıkardı (3:530).

### I.3. Nüfus Yapısı

Avrupalıların geliştirdiği önce bugünkü Meksika topraklarında çoğu Aztek İmparatorluğu'na bağlı çeşitli Yerli halklar yaşıyordu. Yerlilerin ileri uygarlıkları İspanyolların akınlarıyla yıkılırken, kolonileşmeyle birlikte etnik karışım ortaya yeni bir halk çıkardı. Bazı bölgelerde ise etnik kimliklerini koruyan Yerli topluluklar ülke nüfusunun önemli bir ögesi olarak kaldı.

İber-Yerli karışımı bir kökene dayanan Mestizolar toplam nüfusun %60'ını oluşturur. Etnik karışım sürecinde beyaz nüfusun düşük olması nedeniyle Meksika Mestizolarında Yerli özellikleri daha ağır basar. Değişik dil topluluklarına ayrılan Amerika Yerlilerinin toplam nüfus içindeki oranı %18'i bulur. Yucatan'ın kırsal alanlarıyla Chiapas Yaylasında Mayalar en büyük etnik topluluktur. Oxaca Vadisi ile Güney Sierra Madre'nin ıssız yörelerinde kalabalık Yerli (özellikle Zapotek) toplulukları yaşar. Beyazların büyük bölümü başta Mexico olmak üzere kentlerde ve Batı bölgesinde toplanmıştır. Siyahlar başlıca azınlık topluluğu oluşturur.

Toplam nüfusun %95'ten fazlası resmi dil olan İspanyolca konuşur. Yalnızca Yerli dil bilen Yerlilerin oranı çok düşüktür. Bununla birlikte ülkede konuşulan Yerli dillerin sayısı 50'yi geçer.

Katolikler toplam nüfusun %90,4'ünü oluşturur. Ülkenin koruyucu azizesi Guadalupe Meryem'in anısına inşa edilmiş olan bazilika her yıl çoğu köyü olmak üzere yüz binlerce kişi tarafında ziyaret edilir. Yüzde 4 dolayında bir azınlığı kapsayan Protestanlık özellikle kentli yoksullar arasında yaygındır (3:526).

### I.4. Yönetim

Meksika'nın yönetim biçimi federal cumhuriyettir. 1917'den beri yürürlükte olan anayasa yürütme, yargı ve yasama erkleri arasında güçler ayrılığı ilkesine dayanır. Kişi hak ve özgürlüklerini güvence altına alan anayasada temel ekonomik ve siyasal ilkeler de yer alır. On sekiz yaşını geçmiş bütün yurttaşlar için oy

kullanma zorunluluğu vardır. Devletin ve hükümetin başı konumunda olan başkan, yalnızca bir dönem görev yapmak üzere altı yılda bir doğrudan halk tarafından seçilir. Başkanlık makamına 2000'e değin Kurumsal Devrimci Parti'nin başkanı seçilmiştir. Geniş yetkilerle donatılmış olan Başkan, Bakanlar Kurulu üyelerinin yanı sıra Federal Bölge Valisini, Başsavcıyı, yüksek rütbeli subayları ve yüksek mahkeme yargıçlarını atar. Başkanın belirli ekonomik ve mali konularda yasa gücünde kararname çıkarma, yasaları ve eyalet valilerini veto etme yetkisi vardır.

Yasama organı Temsilciler Meclisi ile Senato'dan oluşur. Ülke genelinde seçilen 500 üyenin yer aldığı Temsilciler Meclisi'nin görev süresi üç yıl, 128 üyeli Senato'nun ise altı yıldır. Yasama organı üyeleri üst üste iki dönem seçilemez. Federal yönetimin yetkisi dışında kalan bütün hizmet ve işler eyaletlerin seçilmiş organlarıncaya yürütülür. Eyalet valileri altı, tek meclisli yasama organları da üç yıl görev yapar.

Yargı sisteminin başında Yüksek Adalet Mahkemesi vardır. Eyaletlerin de üst mahkemeleri vardır. Ordu öteden beri siyasetin dışında tutulmuştur. Ordunun iç güvenliği sağlama işlevi önde geldiğinden, toplam asker sayısının dörtte üçü kara kuvvetleri içinde yer alır. Zorunlu askerlik hizmet süresi bir yıldır (3:527).

### 1.5. Ekonomik Durum

Meksika'nın zengin doğal kaynakları, geniş hidroelektrik potansiyelinin yanı sıra bir çok metal ve madeni kapsar. 1970'lerin ortalarında bu yana en önemli gelir kaynağını oluşturan petrol yataklarının büyük bölümü Körfez Kıyısı ve Kuzeydoğu bölgelerindedir. Meksika petrol rezervleri bakımından dünyada beşinci sırada yer alır. Madencilik sektörü son derece gelişmiş olmakla birlikte GSYİH'ye (Gayri Safi Yurt İçi Hasıla) katkısı azdır. Madencilik sektöründe gümüş, demir cevheri, çinko, bakır, cıva, kadmiyum ve alüminyum yanı sıra selestit, arsenik, flüorit, antimon, bizmut, kükürt ve doğal sodyum sülfat da önemli bir yer tutar (3:527).

2000 yılı verilerine göre ülke GSMH'si (Gayri Safi Milli Hasıla) 497 milyar ABD Doları kişi başına düşen milli gelir ise 5070 ABD Doları'dır. Milli gelir artışının nüfus artışının gerisinde olmasına karşılık Meksika milli gelir açısından Latin Amerika'da ilk sıradadır.

Meksika'nın ihracatı büyük ölçüde petrol ve petrole bağlı sanayilere dayanır. İthalat kalemlerinin başında ise makine, özel sanayi donanımı, ulaşım araçları ve kimyasal maddeler gelir. Dış ticarete en önemli yeri hem ihracat, hem ithalat içindeki payı üçte ikiyi bulan ABD tutar. Ticaret yapılan diğer ülkelerin başlıcaları Japonya, Kanada, Fransa ve Almanya'dır (3:527).

GSYİH içindeki payı %4 olan tarım sektöründe toplam işgücünün %17,8'i çalışır. Ekili alanlar ülke topraklarının yaklaşık %12'sini oluşturur. Sömürge döneminin ürünü olan "hacienda" (büyük çiftlik) sisteminin erken bir dönemde tasfiye edilmiş olması nedeniyle kırsal kesimde küçük çiftlikler son derece yaygındır.

Temel gıda ürünlerinin başında mısır, buğday, pirinç ve fasulye gelir. Genelde iç tüketime dönük olan önemli ürünler arasında şeker kamışı, koca darı, muz, domates, portakal ve patates sayılabilir. Mobilya ve halat yapımında kullanılan heneken lifi ile "mescal" ve tekila gibi alkollü içkilerin elde edildiği "maguey" Meksika'nın özel ürünlerini oluşturur.

Balıkçılık önemli bir gelir kaynağıdır. 1960'larda bir balıkçılık filosunun kurulmasından sonra özellikle Büyük Okyanus kıyıları açıklarındaki zengin balık varlığı geniş çapta değerlendirilmiştir. Avlanan balık türlerinin başında sardalye, hamsi ve tonbalığı gelir. Meksika ve California körfezlerinden çıkarılan karidesin önemli bir bölümü dondurularak ihraç edilir (3:526).

### **I.6. Eğitim**

Meksika'da okuryazarlık oranı %89,6 dolayındadır. Altı yıllık ilköğretim ve üç yıllık ortaöğretim zorunlu ve parasızdır. Özel okullarda eğitim düzeyi devlet okullarına göre daha yüksektir. Bu nedenle gelir dağılımındaki dengesizlik okuma olanaklarına da yansır. Sayıca 50'yi geçen üniversitelerin beşte biri Mexico'dadır. En büyük yükseköğretim kurumları Meksika Özerk Ulusal Üniversitesi, Guadalajara Üniversitesi ve Ulusal Politeknik Enstitüsü'dür (3:527).

### **I.7. Kültürel Yaşam**

Tarihsel, etnik, toplumsal ve ekonomik etkenlerden kaynaklanan bölgesel farklılaşmalara karşın, yerel halk sanatlarının yanı sıra Avrupa kaynaklı klasik sanatlara dayanan özgün bir Meksika kültüründen söz edilebilir. Meksika Devrimi'ne ilişkin temalar uzun bir dönem Meksika'da edebiyata damgasını vuran başlıca öge olmuştur.

Daha çok kırsal kesimde yaygın olan ve hem günlük kullanıma, hem de süslemeye dönük işlevler taşıyan geleneksel halk sanatları ülke çapında çok tutulur. En ilginç örnekler arasında Oxaca Vadisine özgü kil çömleklerle Tomala köyünde üretilen kuş ve havya figürleri sayılabilir. Renkli süslemeler taşıyan pamuklu giysilere, pamuk ya da yünden yapılan omuz atkalarına (rebozo), renkli sepetlere ve değişik desenli kilimlere ülkenin her yanında rastlanır. Halk müziği Meksika tarihi boyunca en önemli sanat biçimlerinden biri olmuştur. Eski sığır çobanları (charro) gibi giyinen şarkıcılar, günümüzde de şenliklerde ve özel günlerde gita ve davul eşliğinde şarkılar söyler (3:527).

Duvar resmi Meksika'nın dünya çapında adını duyurduğu sanat dallarının başında gelir. Diego Rivero, Jose Clemente Orozco ve David Alfaro Siqueiros gibi ressamlar Meksika tarih ve kültürünü kalabalık, canlı, figüratif kompozisyonlarla yansıtan yapıtlarıyla tanınmışlardır.

Boğa güreşi Meksika'da günümüzde de çok sevilen bir eğlencedir. En yaygın spor olan futbolun yanı sıra beyzbol da büyük ilgi toplar. Meksika hafif sıklıkta birçok dünya şampiyonu boksör yetiştirmiştir (3:528).

## II. SAĞLIK SİSTEMİ

### II.1. Sağlık Sisteminin Tarihsel Gelişimi

Meksika'da ulusal sağlık sisteminin kurulması 1943 yılında gerçekleştirilmiştir. 1943 yılında Sağlıkliklik Ve Yardım Sekreterliği (Bakanlığı) (Secreteria de Salubridad y Asistencia-SSA) kurulmuştur. 1985'te ismi Sağlık Sekreterliği (Bakanlığı) (Secreteria de Salud) olarak değiştirilmiştir. Aynı yıl işçilere sosyal güvence sağlamak amacıyla Meksika Sosyal Güvence Kurumu (Instituto Mexicano del Seguro Social-IMSS) kurulmuştur. 1959'da ise Kamu Çalışanları Sosyal Hizmetler Ve Güvence Kurumu (Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Esto-ISSSTE) kurulmuştur. ISSSTE kamu sektörü çalışanlarına ve onların ailelerine sosyal güvence sağlamıştır (17:6).

1970'lerde kırsal kesimde ve soyutlanmış kentle de yaşayanlara sağlık hizmeti sunmak için IMSS-COPLMAR adına bir program oluşturulmuştu. Program IMSS tarafından yürütülmekte fakat devlet tarafından finanse edilmekteydi. Programın ismi sonradan IMSS-Solidaridad olarak değiştirildi. Şimdi ise IMSS Oportunidades olarak adlandırılmaktadır (2:20).

Meksika'da 1980'lerde sağlık hizmetleri sunumunun eyaletlere devredilmesi süreci başladı ve bu süreç 1990'lara kadar devam etti. Sağlık sisteminin desantralizasyonu Sağlık Sekreterliği'nin sistem yönetmesini zorlaştırdı (17:6).

1987'de politika oluşturma sürecine katkıda bulunma, bilgi toplayıp analiz etme ve sağlık sisteminin kapasitesini geliştirmede yardımcı olması için, özerk ve akademik bir kurum olan Ulusal Halk Sağlığı Kuruluşu (Instituto Nacional de Salud Publica-INSP) kurulmuştur. INSP halk sağlığı okulu ile eğitim vermekte, yüksek lisans ve doktora programları bulunmaktadır (7:16).

Meksika'da önemli bir kurumsal gelişim Meksika Sağlık Fonu'nun (Fundacion Mexicana para la Salud-FUNSALUD) oluşturulması olmuştur. FUNSALUD 1980'li yılların başında oluşturulmuş, özerk ve politika yapmaya yönelik bir kurumdur. Bu kurum kamu sektörü için politika oluşturulmasında büyük etkisi olan bir kurumdur. FUNSALUD 1990'lı yıllarda ekonomi ve sağlıkla ilgili birçok araştırma yapmıştır. Ayrıca INSP ile birlikte eyalet sağlık sekreterlerini (bakanlarını) eğitmek için bir çok çalışma yapmaktadır (7:17).

Meksika'da 2003 yılına kadar sosyal güvence kapsamında olmayan toplum Sağlık Sekreterliği'nin sunduğu hizmetlerden faydalanmıştı. Güvencesi olmayan toplum, sağlık hizmetlerine eyalet sağlık birimlerinde ve federal sağlık kuruluşlarında belli bir kullanım ücreti karşılığında ulaşabilmekteydi. Fakat güvencesi olmayan kesim yine de sağlık hizmetleri için büyük oranda kişisel ödemeler yapmak zorunda kalıyordu. Bu kuruluşlarda ilaç kaynakları da bütçe kısıtlılıkları nedeniyle az olması da insanları kişisel ödemeler yapmaya zorlamıştı. Ayrıca düzenlenmemiş ve dağınık bir yapısı bulunan özel sağlık hizmeti sunucuları da ödeme gücü olan güvencesiz ailelere ve sosyal güvence kurumlarının hizmetlerinden memnun olmayan kişilere hizmet sunmaktadır.

2000 yılıyla birlikte IMSS özel sektörde çalışanların tamamını kapsamına almıştı. Bu ise Meksika nüfusunun yaklaşık %40'ını oluşturmaktaydı. ISSSTE %7'sini, özel sigorta yaklaşık %3-4'ünü kapsamaktaydı. Nüfusun geriye kalan %50'sinin bir güvencesi yoktu. Sadece fakir bölgelerden 2.5 milyon aile Oportunidades ile temel koruyucu sağlık hizmetlerine ve halk sağlığı hizmetlerine ulaşabilmekteydi (17:4).

## II.2. Sağlık Yapısı

**Tablo 1: Temel Göstergeler**

Toplam Nüfus (2005) x1000	107.029
Bebek Ölüm Oranı, 2005, %0	22
5Yaş Altı Ölüm Oranı,2005, %0	27
Kaba Doğum Oranı, 2005, %0	20
Doğuştan Beklenen Yaşam Süresi, 2004, Yıl	76
Toplam Doğurganlık Oranı, 2005, %0	2,3
Kaba Ölüm Oranı, 2005, %0	4

**Kaynak:** (19) UNICEF (2005) Health at a Glance, Mexico, s:1,8

Meksika'da nüfusun genel olarak doğuştan beklenen yaşam süresi 1994'te ortalama 73,3 yıl iken 2000 yılında 75,3'e yükseldi. Bu değerler erkekler için 73,1, kadınlar için 77,6 olmuştur. Doğuştan beklenen yaşam süresi Oaxaca, Guerrero ve Chiapas şehirlerinde en düşük değerlerde iken Baja California Sur, Nuevo Leon ve Discricto Federal şehirlerinde en yüksek değerlerde olmuştur (5:5).

2000 yılında bebek ölüm oranı binde 13,8 olarak gerçekleşmiştir. 1-4 yaşları arasındaki okul öncesi çocuklarda ölüm oranı yüz binde 80,5'tir. 5-14 yaş arasındaki okul çağındaki çocuklarda ise yüz binde 32,2 olmuştur (5:5).

2002'de 5 yaşın altındaki çocuklarda üç temel ölüm nedeni konjenital bozukluklar ve kromozom bozuklukları ile grip ve pnömonidir. 1-4 yaşları arasındaki çocuklarda ise temel ölüm nedenleri yukarıdaki nedenlerin yanı sıra bağırsak enfeksiyonlarına bağlı hastalıklar olmuştur (8:5).

2000 yılında, toplam ölümler yüz bin nüfus için 439,5'tir. Bulaşıcı hastalıklardan toplam ölüm oranı yüz binde 72,5'te kalmıştır. Bulaşıcı olmayan hastalıklardan ölüm oranı ise yüz binde 314,6'ya yükselmiştir. Kaza ve yaralanmalardan ölüm oranı da, erkeklerde kadınlardan daha yüksek olmak üzere, yüz binde 55,6'ya yükselmiştir. Ülkede ölüm nedenlerinin başında kalp hastalıkları yer almaktadır. İkinci sırada malign tümörler ve üçüncü sırada şeker hastalığı vardır.

Ölüm oranları eyaletten eyalete değişmektedir. Örneğin düzeltilmiş bebek ölüm oranı Guerrero'da binde 30 iken Discricto Federal'de 20'dir. Kuzeydeki eyaletlerde iskemik kalp hastalıklarından ölüm oranı en yüksekken, güneydeki eyaletlerde en düşüktür (5:3). Ülkedeki 63 yerli grup en kötü sağlık göstergelerine sahiptir. Doğuştan beklenen yaşam süresi ulusal toplumda 75,3 iken yerlilerde 69 yıldır. Ayrıca yerlilerde bebek ölüm oranı %58 daha fazladır ve yerli kadınların hamilelik ve doğum süresince ölme riski yerli olmayanlardan üç kat fazladır (5:5).

2000 yılında 47.617 tane AIDS vakası rapor edilmiş olmasına rağmen bu sayının bildirimdeki gecikmelere bağlı olarak 64.000 olduğu ve 117.000 de HIV taşıyan kişi bulunduğu tahmin edilmektedir. Bağımlılık üzerine yapılan ulusal araştırmaya göre ülkede 12-65 yaş arası 1,5 milyon erkek ve 200.000 kadın alkol bağımlısıdır. Ayrıca 2,5 milyon kişinin yasal olmayan ilaçlar kullandığı rapor edilmiştir (5:4).

**Tablo 2: HIV/AIDS ve Beslenme Bozukluklarına Ait Göstergeler**

Düşük kilo ile doğan bebekler, %, (1998-2005)	% 8
5 yaş altı düşük kilolu çocuk (orta derece), (1996-2004 ortalaması)	% 8
5 yaş altı düşük kilolu çocuk (ileri derece), (1996-2004 ortalaması)	% 1
5 yaş altı gelişim bozukluğu gösteren çocuklar (1996-2004)	% 18
HIV prevalansı: 15-49 yaş arası, 2005 tahmini	0,3
Anneden çocuğa geçen HIV vakaları, 2003 tahmini	440

**Kaynak:** (19) UNICEF (2005) Health at a Glance, Mexico, s:3-5

### II.3. Sağlık Sisteminin Örgütsel Yapısı

#### II.3.1. Merkezi Örgütlenme

Meksika sağlık sisteminin en üstünde 1917 yılında kurulan Genel Sağlık Konseyi (Consejo de Salubridad General-CSG) bulunmaktadır. Konsey, Başkan'a karşı sorumludur. Genel Sağlık Konseyi, Genel Sağlık Kanunu'nda sağlık ile ilgili olarak tanımlanan dört temel sağlık otoritesinden biridir. Diğerleri ise Başkan başta olmak üzere, Sağlık Sekreterliği ve eyalete yönetimleridir. Genel Sağlık Konseyi ulusal sağlık sistemini örgütlemek, düzenlemek, eşgüdüm sağlamak ve planlamakla sorumludur (2:144).

Ayrıca 1930'li yılların ortalarında kurulan Ulusal Sağlık Konseyi (Consejo Nacional de Salud-CNS) Federal Hükümet ve eyaletler arasındaki sağlık hizmeti faaliyetlerinin uyumlaştırılması için görev yapan bir kurumdur. Bu konsey Sağlık Sekreterliğinin başkanlığında 32 eyaletin sağlık sekreterlerinin katılımıyla oluşmakta ve sağlık hizmetlerinin planlanması ve değerlendirilmesi konularında kararlar almaktadır (2:147).

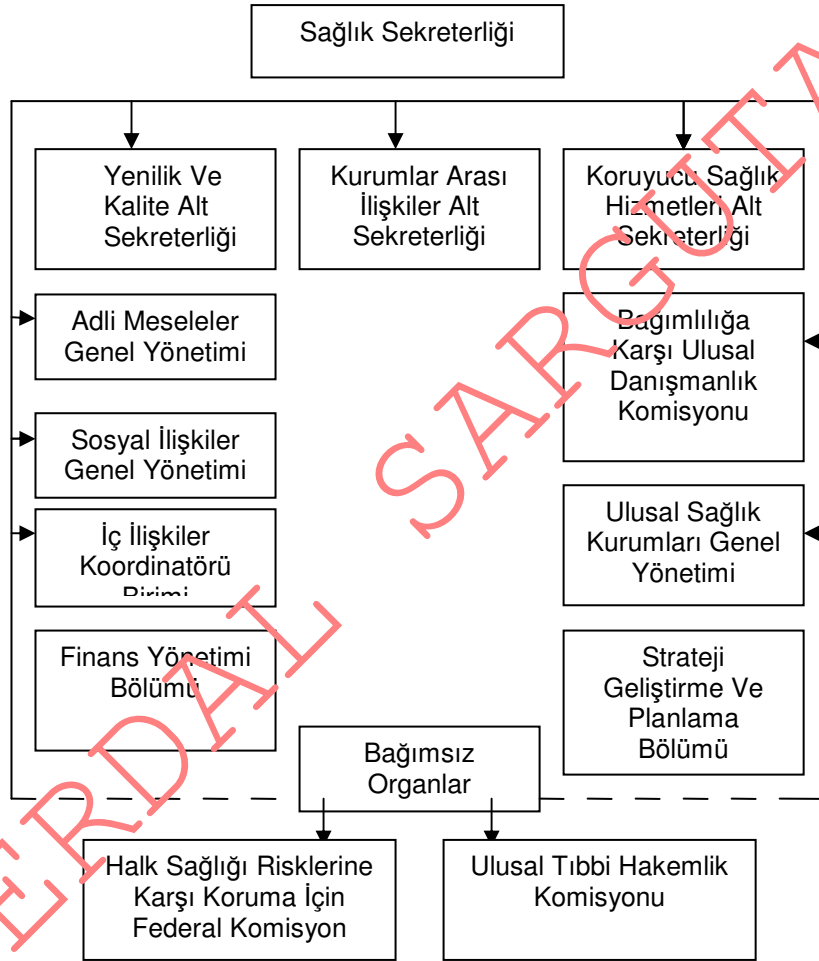
#### II.3.1.1. Sağlık Sekreterliği Ve Eyalet Sağlık Birimleri

Sağlık Sekreterliği Meksika Ulusal Sağlık Sistemi'ni (Sistema Nacional de Salud-SNS) yönetmek, ulusal sağlık politikalarını belirlemek ve yürütmekle sorumludur. Resmi olarak 1943 yılında, Sağlık ve Yardım Sekreterliği (Secretaría de Salubridad y Asistencia-SSA) adında kurulmuştur. 1985 yılında ismi Sağlık Sekreterliği olarak değiştirilmiştir (2:146).

Sekreterlik sosyal güvence kapsamında yer almayan kişilere sağlık hizmetleri sağlamaktadır ve desantralize olmuş bir yapısı vardır.

Her eyaletin sağlık hizmeti sunumuna ilişkin Eyalet Sağlık Hizmetleri (Services Estatales de Salud-SES) olarak adlandırılan kendine ait bir sistemi vardır (2:10).

### Şema 1: Sağlık Sekreterliği Örgüt Şeması



**Kaynak:** (20) Global Harmonization Task Force (2002) Medical Devices Regulation in Mexico, Singapore, s:15

Sağlık Sekreterliği'nin sağlık sisteminde yönetim temelini oluşturma sorumluluğu olmasına karşın, sistemin parçalanmış yapısı sekreterliğin bu idare görevini yerine getirmesini zorlaştırmaktadır. Bu anlamda sosyal güvence sisteminde Sağlık Sekreterliği'nin idari olarak zayıf kalması özel bir problem ortaya çıkmaktadır. Örneğin Meksika Sosyal Güvence Kurumu (IMSS) Çalışma Sekreterliği'ne rapor verirken Sağlık Sekreterliği burada sadece bir danışmanlık ve eşgüdüm rolü üstlenmektedir (2:58).

Sağlık Sekreterliği'nin ayrıca yarı bağımsız bir kurumu olan Sağlık Risklerine Karşı Koruma Komisyonu (Comision Federal para la Protection Contra Riesgos Sanitarios-COFEPRIS) aracılığıyla insanları halk sağlığı risklerinden koruma ve düzenlemeler yapma görevi vardır. COFEPRIS 2001 yılında kurulmuştur. Komisyon ilaç, sağlık teknolojisi, iş ve çevre sağlığı, gıda güvenliği ve sağlıkla ilgili reklam konularında düzenlemeler yapmakla sorumludur. Komisyonun hastahane ve klinikleri denetleme görevi de vardır. COFEPRIS temel kalite standartlarını karşılamayan sağlık kuruluşlarını kapatabilme yetkisine sahiptir (17:8).

Ulusal Tıbbi Hakemlik Komisyonu (Comision Nacional de Arbitraje Médico-CONAMED) bağımsız ve desantralize edilmiş bir kurum olmasına rağmen Sağlık Sekreterliği'nin örgütlenmesi içerisinde yer alan bir kurumdur. Bu kurum genel olarak tıbbi uygulamalarda meydana gelen hatalarda, hastalar ve profesyoneller arasındaki anlaşmazlıklarda veya hasta haklarının çiğnenmediği durumlarda tarafsız görüş vermektedir. Ayrıca aşağıdaki amaçları gerçekleştirmeye yönelik faaliyetlerde bulunur;

- Tıbbi uygulamalarda bakımın kalitesinin artırılması için uygulayıcılar üzerinde baskı sağlamak,
- Hasta haklarını korumak,
- Sağlıkla sitemini yöneten kurumlara meydana gelen yanlışlar ve problemler hakkında bilgi vermek (2:78).

### II.3.2. Sosyal Güvence Sektörü

Meksika sosyal güvence sistemi işverenin niteliğine bağlı bir yapılanma içerisinde farklı kurumların yer aldığı bir sistemdir. Sosyal güvence kurumlarının finansmanı işçi, işveren ve federal yönetim katkıları sayesinde olmaktadır. Sosyal güvence sistemi toplumun %51'ini kapsamaktadır (1:7).

Meksika sosyal güvence sisteminin üç temel özelliği bulunmaktadır. Sistemin ilk özelliği çalışanları kamu sektöründe ve özel sektörde çalışanlar olarak ikiye ayırmasıdır. Kamu sektöründe ve özel sektörde çalışan kişiler için farklı iş kanunlarının düzenlediği farklı sosyal güvence şekilleri vardır. İkinci özelliği ise Sosyal Güvence Kanunu ve Federal İş Kanunu sosyal güvenceyi sadece aylık alan çalışanlara yasal bir hak ve zorunluluk olarak kabul etmekte, diğer işgücü türleri için gönüllü olarak katılabilmelerine izin vermektedir. Üçüncü özelliği de sağladığı faydalara geniş olmasıdır (18:4).

Meksika sosyal güvence sistemi kamu sektöründe çalışanlar için zorunludur ve ücretlerine ve onlara bağımlı kişilere sağlık hizmetleri ve başka yararlar sağlar. Sosyal güvence sistemi içerisinde birçok kurum vardır ve bu kurumlar ücretlerine sağlık hizmeti sağlamak ve sağlık hizmetlerini finanse etmekle sorumludur. Her kurum kendi hastahaneleri ve klinikleri bulunmaktadır. Meksika'daki temel sosyal güvence örgütleri Meksika Sosyal Güvence Kurumu (Instituto Mexicano del Seguro Social-IMSS) ve Kamu Çalışanları Sosyal Hizmetler Ve Güvence Kurumu'dur (Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado-ISSSTE) (1:7). Meksika'daki sosyal güvence kurumlarının örgütsel yapısı büyük, dikey olarak bütünleştirilmiş, çalışan tabanlı sağlık hizmeti örgütlerine benzemektedir (13:2).



**Şema 2: Meksika Sosyal Güvence Kurumu (IMSS) Örgüt Şeması**

**Kaynak:** (22) Instituto Mexicano del Seguro Social, Meksika, s:1

**Meksika Sosyal Güvence Kurumu: IMSS** 1943 yılında kurulmuştur. Yasal yapısı yine 1943 yılında kabul edilen Sosyal Güvence Kanunu çerçevesinde belirlenmektedir (2:145). IMSS'ye katılım işçiler için primli, zorunlu sigorta olmasına rağmen, herhangi bir işçi-işveren ilişkisine sahip olmayan insanlara da sosyal güvence sağlamak amacıyla sonradan gönüllü sigorta programları da sunmaya başlamıştır. IMSS'nin kuruluşundan beri işverenler, işçiler ve federal hükümet bu kuruma destek vermiştir. Kurumun genel olarak kuruluş amaçları şunlardır:

- Çalışanlara çeşitli sağlık risklerine karşı sosyal güvence sağlamak,
- Emeklilik için finansal güvence sağlamak,
- Sakatlık veya ölüm sonucu oluşabilecek finansal kayıplara karşı bireyleri korumak (15:50).

IMSS Meksika'daki sosyal güvence kurumlarının en büyüğüdür. Ayrıca Meksika'da istihdam sağlayan ana kurumların başında gelir. IMSS çoğunlukla işçilere ve onların ailelerine sosyal güvence sağlamaktadır (2:31). IMSS üyelerine ve onların ailelerine sağlık hizmetlerini doğrudan kendi sağlık kurumları aracılığıyla sunmaktadır. Bu kurumlarda yaklaşık 370.000'in üzerinde işgücüne istihdam sağlanmaktadır (13:5).

IMSS kendi hastahane, klinik ve eczahanelerine sahiptir. Ayrıca bazı hizmetler için anlaşmalar da yapmaktadır. IMSS'nin sağlık kurumlarında sunulan hizmetlerin kalitesi genellikle bulunduğu bölgeye bağlı kalmaktadır (9:130).

Sosyal güvence kurumlarının üyelerine sağladığı faydalar şunlardır: Sağlık güvencesi, çocuk sağlığı için günlük bakım hizmetleri, hayat sigortası, sakatlık sigortası, meslek hastalıkları sigortası, emeklilik ve barınma imkânları (18:4). Bu faydalardan ilk altısı IMSS'in hizmet sınırları içinde yer alır. Emeklilik aylıkları ise özel bir kurum olan Afores (Emeklilik Fonları Yönetimleri) tarafından yönetilen ve Ulusal Emeklilik Sistemi Komisyonu (Comision del Sistema del Ahorro para el Retiro-CONSAR) tarafından düzenlenen bir alandır (18:5).

**Kamu Çalışanları Sosyal Hizmetler ve Güvence Kurumu: ISSSTE** büyüklük açısından diğer önemli sosyal güvence kurumudur. ISSSTE çoğunlukla federal bazen de eyalet çalışanları olmak üzere kamu çalışanlarına primli sosyal sigorta sağlayan bir kurumdur (2:31). ISSSTE 1960 yılında kurulmuştur. Üyelerine sağlık bakım hizmetlerinin yanı sıra sosyal ve kültürel imkanlar da sunmaktadır. Kurumun yasal yapısı 1959 yılında kabul edilen Kamu Çalışanları Sosyal Hizmet Ve Güvence Kanunu ile düzenlenmektedir (2:145).

Daha küçük olan diğer primli sosyal sigorta kurumları ise Deniz Kuvvetleri İçin Sosyal Güvence Kurumu (Secretaría de Marina-SEMAR), Askeri Güçler İçin Sosyal Güvence Kurumu (Secretaría de la Defensa Nacional-SEDENA), Petrol İşçileri İçin Sosyal Güvence Kurumu (Petróleos Mexicanos-PEMEX)'dur. Ayrıca Mexico City'de, polis ve Metro sistemini kendi sosyal güvence oluşumları vardır (2:31).

PEMEX 1938 yılında petrol çıkarma işlerinin kamulaştırılmasıyla kurulmuştur. Çalışanlarına sağlık bakımı, barınma, iş hastalıklarına karşı koruma ve emeklilik gibi imkanlar sağlamaktadır (2:145). SEMAR da çalışanlarına ekonomik, sosyal ve sağlık hizmetler sağlayan kurumlardır (2:147).

Resmi tahminlere göre Meksika'da toplam nüfusun %51'i sosyal güvencelidir (sigortalıdır). Bu düşük sigorta kapsamı Meksika işgücü yapısının bir sonucu olarak ortaya çıkmaktadır. 1980 ve 1990'larda birbirini takip eden ekonomik krizler süresince toplam işgücünün %25'i kamudan özel sektöre geçmiştir (2:31).

Meksika Sağlık Sekreterliği'nin istatistiklerine göre sosyal güvence kurumları tarafından kapsam altına alınan nüfusla ilgili üç farklı durum söz konusudur.

- **Derechohabientes** sosyal güvence kapsamına girme hakkı bulunan toplumu ifade etmektedir. Bu grupta Sağlık Sekreterliği'nin 2002 verilerine göre 52,5 milyon kişi yer almaktadır. Nüfusun geri kalanı ise yaklaşık 50 milyon kişi olmak üzere sosyal güvence kapsamında yer almamaktadır.
- **Poblacion legal** sosyal güvence kapsamı içerisinde yasal olarak yer alan kişileri ifade etmektedir. Sosyal güvence kurumlarının kendi verilerine göre bu grupta yaklaşık 59 milyon kişi bulunmaktadır.
- **Usuarios**, hizmetten faydalanan, sistemi kullanan kişilerin yer aldığı bu kullanıcı grup ise yaklaşık olarak 41 milyondur.

Sosyal güvence hakkı olan grup ile yasal olarak sosyal güvence kapsamı altında olan grup arasındaki farkın temel nedeni bağımlı kişilerin kapsamı ile ilgilidir. Örneğin, IMSS, zorunlu kapsamı altında yer alan kişilerle ilgili bir listeye sahip değildir. Sadece prim ödeyenleri ya da hizmeti kullananları kaydetmektedir (2:32).

Meksika'da ayrıca barınma olanakları sağlayan, hükümet, işçi ve ticaret örgütlerinin temsilcilerinden oluşan bir idare tarafından yönetilen Çalışanlar İçin Ulusal Barınma Fonu Kurumu (Instituto del Fondo Nacional de la Vivienda para los Trabajadores-INFONAVIT) vardır. Bu kurum IMSS kapsamında yer alan işçilere konut sağlamak amacıyla 1972'de kurulmuştur (10:5).

Meksika'da güvencesiz topluma sağlık hizmeti sağlamayı amaçlayan diğer programlar şunlardır;

**IMSS-Oportunidades:** IMSS tarafından yönetilmekle birlikte federal yönetim tarafından finanse edilen bir programdır. Program diğer sağlık kuruluşlarının uygun olmadığı alanlarda küçük gruplara evakta bakım, hastahane hizmetleri ve ilaç sağlamaktadır (2:37). IMSS-Oportunidades fakir bölgelerdeki insanlara IMSS'nin sağlık kuruluşlarını ve personelini kullanarak sağlık hizmeti sağlamaktadır (15:104). Programın 2002'de 42 milyon Meksika Peso'su bütçesi olmuş ve yaklaşık 11 milyon kişiye hizmet sağlamıştır (2:37).

**Kapsam Genişletme Programı (Programa de Ampliacion de Cobertura-PAC):** 1999 yılında kırsal alanlardaki insanlara ve Meksika Yerlilerine hizmet sağlamak amacıyla oluşturulmuş ve 2003'e kadar temel sağlık hizmetlerini, küçük cerrahi müdahaleleri ve rehabilitasyon hizmetlerini finanse etmiştir. Dünya Bankası'ndan da destek almış olan program, 2003 yılında bütçesi eyaletlere devredilerek sonlandırılmıştır (2:37).

**Oportunidades:** 1997'de Meksika'da Progresas olarak bilinen bir fakirlik azaltma programı oluşturulmuştur. 2002 yılının ortalarında programın ismi Oportunidades olarak değiştirilmiştir (21:1). Programın amaçları şunlardır;

- Fakirlerin sağlık ve beslenme durumlarını geliştirmek,
- Çocukların ve gençlerin eğitimlerini tamamlamalarına yardımcı olmak,
- Ailelerin temel tüketim malzemelerine ulaşmalarını sağlamak,
- Aileleri eğitim, sağlık ve beslenme konularında bilgilendirmek.

Program beslenme, sağlık ve eğitim yardımı yapmaktadır. Beslenme yardımı olarak programdaki herkese aylık nakdi yardım yapılmaktadır. Ayrıca hamile kadınların, 4 aydan 2 yaşına kadar olan bebeklerin ve beslenme bozukluğu olan 3 ile 5 yaş arasındaki çocukların gıda ihtiyaçları karşılanmaktadır. Bu yardımların alınabilmesi için programdakilerin düzenli olarak bir sağlık kliniğine gitmeleri ve durumlarını belgelemeleri gerekir.

Sağlık yardımında ilk olarak ailelere sağlık ve beslenme konularında eğitim verilmektedir (21:22). İkinci olarak aşılama, ishal tedavisi, bulaşıcı hastalıkların tedavisi, erken şeker hastalığı teşhis ve tedavisi yapılmaktadır.

Eğitim yardımı üç şekilde verilmektedir. İlk olarak ilköğretimden yüksekokulun sonuna kadar okula %85 devam gösteren tüm öğrenciler her yıl on ay olmak üzere para yardımı almaktadır. İkinci olarak yüksekokul bitiren her öğrenci bir seferlik para yardımı alır. Son olarak da öğrencilere okul malzemeleri için nakdi yardımlar yapılmaktadır.

2005 yılının sonunda Meksika nüfusunun yaklaşık %23,8'i programın kapsamında yer almıştır (21/23). Yine 2005'te 5 milyon aileye nakdi yardım yapılmıştır. Program 31 eyalette, 2,8 milyar ABD Doları bütçe ile faaliyette bulunmaktadır (21:32).

## II.4. Sağlık Hizmetleri Sunumu

### II.4.1. Koruyucu Ve Birincil Sağlık Hizmetleri

Meksika'da birincil sağlık hizmetleri genel pratisyenler, aile hekimleri ve hemşireler tarafından toplumdaki eğitimli kişilerin katkısı ile sunulmaktadır. Her sağlık birimi isimleri farklı da olsa (IMSS'de aile sağlığı birimi, Sağlık Sekreterliği'nde kent ya da kırsal sağlık merkezi) kendi birincil sağlık hizmetleri birimine sahiptir. Bu kurumlarda birincil sağlık hizmetleri kapsamında özellikle sağlığı geliştirme, hastalıktan koruma ve ayakta tedavi işlemleri gerçekleştirilmektedir (5:15).

Meksika'da birincil sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi için anne ve çocuk bakımı, vektör kontrolü, sağlık eğitimi, aile planlaması, aşılama ve diğer koruyucu faaliyetlerde bulunmak üzere IMSS-Oportunidades, Kapsam Genişletme Programı ve Oportunidades gibi programlar gerçekleştirilmektedir (11:5).

Eyalet sağlık birimleri tarafından yerine getirilen aşılama bir yaşın altındaki çocukları kapsamaktadır. Yapılan temel aşılama planının en parçası üçlü ağız aşılardır. Bu üçlü aşı kızamık, kabakulak ve kızamıkçıkta oluşmaktadır. 2000 yılından beri ulusal aşılama oranı %95'in üzerinde sabit kalmıştır (8:6).

Meksika'da sağlıkla ilgili riskleri ve sağlığa zarar veren durumları belirlemek üzere oluşturulan Ulusal Epidemiyolojik Sürvelans Sistemi (Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiologica) ile hastalık ve ölüm verileri analiz edilmektedir. Bu sistemin 1995'te kurulmasından sonra Merkezileştirilmiş Epidemiyolojik Sürvelans Bilgi Sistemi (Sistema Unico de Información Vigilancia Epidemiologica-SUIVE) kuruldu. Bu sistem tüm sektörden gelen ölüm ve hastalık verilerini birleştirerek sistematik bilgi elde etmektedir.

• Sağlık Sekreterliği sağlığın korunması için kurşun madenlerinde uygulanmak üzere çeşitli acil durum standartları getirmiştir (8:26).

Kimyasal maddelerin kullanımı Sağlık Sekreterliği'nin Çevre Sağlığı Genel Yönetimi'nin denetimi ve yetkisi altındadır. Kurumlar Arası Böcek İlacı, Gübre Ve Zehirli Madde Kontrol Komisyonu da bu maddelerle ilgili düzenlemeler yapmakla sorumlu olmakla birlikte, sağlık üzerindeki etkilerini kontrol etmekle de sorumludur (6:5).

1997'de gerçekleştirilen Eğitim, Sağlık Ve Beslenme Programı aşırı fakir aileler için parasal destek, eğitim bursu, 5 yaşın altındaki çocuklara ve hamile kadınlara beslenme desteği sağlamaya başlamıştır. Bu programdan 2000 yılında yaklaşık 2,6 milyon kişi faydalanmıştır (6:5).

#### II.4.2. İkincil Ve Üçüncül Sağlık Hizmetleri

Meksika'da ikincil sağlık hizmetleri temel olarak ayakta bakım ve yatan hasta bakımı olmak üzere uzman hekimler tarafından genel hastahanelerde verilir. Her kamu kurumunun kendi hastahane ağı bulunmaktadır. Üçüncül sağlık hizmetleri ise araştırma ve uygulama hastahanelerinde uzman hekim ve hemşireler ile diğer sağlık profesyonelleri tarafından sunulur. Bu hastahaneler daha alt sağlık birimlerinden ve acil servis birimlerinden hastalar almaktadır. Sağlık hizmetleri belirli bölge ve eyaletlerde yer alan referans hastahanelerce sağlanır. Sağlık Sekreterliği'ne ait 11 adet uzmanlaşmış kurum vardır. Hastahane hizmetlerinden en fazla sigortalı kişiler yararlanmaktadır (5:16).

Meksika'da 1993'te genellikle sigortalı olmayan nüfusa hizmet veren ayakta bakım kuruluşu sayısı 10.443 iken, bu sayı 1999'da 14.000'e yükselmiştir. Aynı zamanda hastahane ağı 329'dan 500'e çıkmıştır. Sağlık Sekreterliği'nin başkentte bulunan 10 hastahanesi üçüncül sağlık hizmetleri sağlamaktadır. Sosyal güvence kuruluşlarının klinik sayısı 1999'da 3436'ya yükselmiştir. 2001'de hastahane sayısı ise 478'e çıkmıştır. Ayrıca aynı yıl ülkede 2950 özel hastahane bulunmaktadır (12:13).

IMSS 2001'in başlarında 1076 aile sağlığı merkezine, 219 bölge hastahanesine ve 41 uzmanlık hastahanesine sahiptir (12:27). Tüm hastahanelerde doktor ve hemşireler maaş tabanlı olarak çalışmaktadır. Kamu sağlık kuruluşlarında çalışan doktorların büyük çoğunluğu aynı zamanda özel hastahanelerde hizmet başına ücret şeklinde çalışmaktadır. Özel hastahaneler ülkedeki toplam yatakların üçte birine sahip bulunmaktadır. Bu özel hastahanelerin hemen hemen yarısı Mexico City'de yer almaktadır. Genel olarak bu hastahaneler gelişmemiş eyaletlerden zengin eyaletlerde yoğunlaşmaktadır (13:3).

#### II.4.3. Halk Sağlığı Hizmetleri

Sağlıkla ilgili ilerlemeler sağlanmış olmasına rağmen Meksika'da toplumun yarısı sigortasızdır ve sağlık hizmetlerine ulaşmada zorluklar çekmektedir. Halk sağlığı açısından kırsal kesimin temel, koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerine ulaşmasına öncelik verilmektedir. Aşırı fakirlik yüksek hastalık ve ölüm oranlarını beraberinde getirmektedir. Sigortası olmayan aileler yüksek kişisel doğrudan ödemeler yapmak zorunda kalmaktadır. 2004'te sigortalı olanların sadece %2,7'si sağlıkla ilgili durumlardan aşırı acı çekmiş olmasına rağmen, sigortalı olmayan kişilerin %5,6'sı ölmüştür. Meksika'da 1997'de kurulan Sağlık Hizmetleri Destek Fonu (Fondo de Apoyos para los Servicios de Salud-FASSA) sigortasız kişilere hizmet veren sağlık çalışanlarının ücretini ödemekle sorumlu önemli bir kuruluştur. FASSA desantralize olmuş sağlık sisteminde eyaletlere fon aktarmaktadır (15:5).

Meksika'da halk sağlığı hizmetleri genellikle Sağlık Sekreterliği ve Meksika Sosyal Güvence Kurumu (IMSS) tarafından verilmektedir. Halk sağlığı programları genellikle ev, okul ve işyerlerinde sağlığı geliştirme ve hastalıklardan koruma faaliyetlerini içermektedir. Sağlık Sekreterliği ve Kamu Eğitim Sekreterliği okul çocukları ve 30.000 okulda bulunan adolesan için bir sağlık geliştirme, koruma ve eğitim programı yürütmektedir (6:5) .

IMSS Meksika'da sosyal güvence, emeklilik ve halk sağlığı sağlayan bir kamu kurumudur. IMSS anne sağlığı ile ilgili olarak aşağıdaki alanlarda hizmet sağlamaktadır:

- Rahim kanseri,
- Göğüs kanseri,
- Şeker hastalığı,
- Aile planlaması ve sağlık eğitimi,
- Şiddete karşı koruma,
- Özellikle yalnız annelere çocuk bakımı.

Meksika İş Kanunu anne sağlığı için çeşitli kurallar ile faydalar sağlamaktadır. İş Kanunu'na göre, şirketlerin hamile kadını kendisine ve bebeğine zarar verebilecek işlerden koruması ve onların çalışma saatlerini sınırlaması gerekir. Ayrıca üretimde kullanılan her kimyasa maddenin riskleri ve tehlikeleri belirlenmelidir (9/130). Şirketlerin doğumdan altı hafta öncesinden doğumdan altı hafta sonrasına kadar annelik ücreti ödemelidir. IMSS çalışanların çocuklarına 43 günden 4 yıla kadar hemşirelik hizmeti sağlamaktadır (9/131). Annelerin bu hizmetlerden faydalanabilmesi için son 30 haftadır IMSS'de işçi olarak kayıtlı olması gerekir (9:140).

Meksika'da aile refahının artırılması için kamu sektöründe yer alan Bütüncül Aile Gelişim Ulusal Sistemi (Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia-DIF) yaşlılara bakım veren bir kurumdur. Bu kurum 1999 yılında neredeyse 200 yaşlıya evlerinde, sığınma evlerinde ve hemşire evlerinde bakım sağlamıştır. Kurum ayrıca her gün 100'den fazla kişiye Günlük Bakım Programı uygulamaktadır. Bu programla bireylerin rehabilitasyon, sağlık eğitimi ve bir öğünlük yemek ihtiyaçları karşılanmaktadır. Ayrıca Sakat İnsanları Bütünleştirme Ve Geliştirme İçin Temsilci Ofis sakatlara yardım etmeyi amaçlayan Başkanlığa ait bir birimdir (12:21).

Meksika'da akıl sağlığı hizmetleri için 50 tane akıl hastalıkları hastahanesi bulunmaktadır. Bu kurumlarda bakım maliyeti çok yüksektir (12:23).

IMSS 1997'de Kronik Hastalıklar İçin Evde Bakım Programı oluşturmuştur. Bu programa girmek gönüllüdür. Bu program kronik-dejeranatif hastalıkların, geçici ya da sürekli yatalıklığı olan hastalar ve hafifletici bakıma ihtiyacı kişiler için başlatılmıştır (12:28).

2002 yılında Ulusal Hava Kalitesi Bilgi Sistemi oluşturulmuştur. Bu sistem çevre sağlığı ile ilgili bilgiler toplamaktadır. Büyük kentlerle birlikte 23 eyalette sürekli hava kontrol sistemi bulunmaktadır (8:12).

#### II.4.4. Özel Sektör

Meksika'da özel sektör sağlanan hizmetler ve hizmetlerin kalitesi bakımından dağınık bir yapıya sahiptir. Özel bakım hizmetleri genellikle kâr amaçlı kuruluşlarca sağlanmaktadır. Fakat az sayıda da olsa kâr amaçlı olmayan kuruluşlar da vardır. Büyük şehirlerde yüksek teknoloji ve uzman çalışanların yer aldığı tıp merkezleri bulunmaktadır. Özel sağlık kuruluşlarında çalışan doktorların çoğu aynı zamanda kamu sektöründe de çalışmaktadır (5:51).

Büyük kamu sağlık sektörü ağına rağmen Meksika'da, sosyal güvence kurumları üyelerinin %21'i ve sigortasız nüfusun %28'i özel sağlık kurumlarından faydalanmaktadır. Özel sektör çok farklı oranda sunucu ve hizmetlerin karışımından oluşmaktadır. Bir tarafta uluslararası standartlarda hizmet veren, uzman personelin bulunduğu klinik ve hastahaneler varken, diğer tarafta geleneksel tedavi yöntemleriyle tedavi edenler de bulunmaktadır (14:307).

Meksika'da özel sigorta şirketleri yaklaşık 2,8 milyon kişiye hizmet sağlamaktadır. Bu şirketler başlangıçta sınırlı bir hizmet paketi sağlarken 2002'de kabul edilen bir kanunla hizmet kapsamlarını genişletmişlerdir. Özel sigorta kuruluşları ile ilgili düzenlemeler Ulusal Sigorta ve Garanti Komitesi ve Sağlık Sekreterliği tarafından yapılmaktadır (5:14).

Özel sektör ülkede bulunan hastahane yataklarının yaklaşık %30'na sahiptir. Özel hastahanelerin çoğu 15'ten daha az yatağa sahiptir. Bu hastahaneler eşit olmayan kalitede ve değişik fiyatlarla hizmet sunmaktadır. Kâr amaçlı olmayan kuruluşlar özellikle AIDS, aile içi şiddet, üreme sağlığı gibi alanlarda önemli hizmetler sağlamaktadır (6:4).

Özel sektör özellikle orta gelir düzeyindeki topluma olmak üzere yaklaşık 12,3 milyon kişiye sağlık hizmeti sağlamaktadır. (12:129).

Hekimlerin işlettiği küçük klinikler özel hastahane yataklarının %27'ine sahiptir ve genellikle 5'ten daha az yataklı kurumlardır. Özel hastahanelerin yarısından fazlasında x-ray birimleri bulunmamaktadır ve bu hastahanelerin üçte biri tam zamanlı doktor ve hemşireye sahip değildir. Özel hastahanelerin çoğu genellikle ayakta bakım merkezi olarak çalışmaktadır. Bu kurumlar sadece basit cerrahi müdahaleleri gerçekleştirmektedir.

Özel hastahane yataklarının %3'ü 50'den fazla yatağı bulunan hastahanelerde yer almaktadır. Bu hastahaneler ilaç satın alımlarını üretici veya dağıtıcı firmalarla pazarlık yaparak gerçekleştirmektedir. Ayrıca bu hastahaneler ilaçları üreticiden doğrudan alabilmektedirler (4:24). Büyük özel hastahanelerin hekim ve eczacılardan oluşan Eczacılık Komitesi'nin belirlediği kendi ilaç formülleri ve listeleri vardır (4:21).

Sağlık hizmetleri için kişisel ödemeler genellikle fakir ve sosyal güvence kapsamında olmayanlar arasında yaygın olmasına rağmen, sigortalı kişiler de kamu sektöründeki uzun bekleme süreleri ve hizmet kalitesinin düşüklüğü nedeniyle özel sektörden aldıkları hizmet için sık sık kişisel doğrudan ödemeler yapmaktadır.

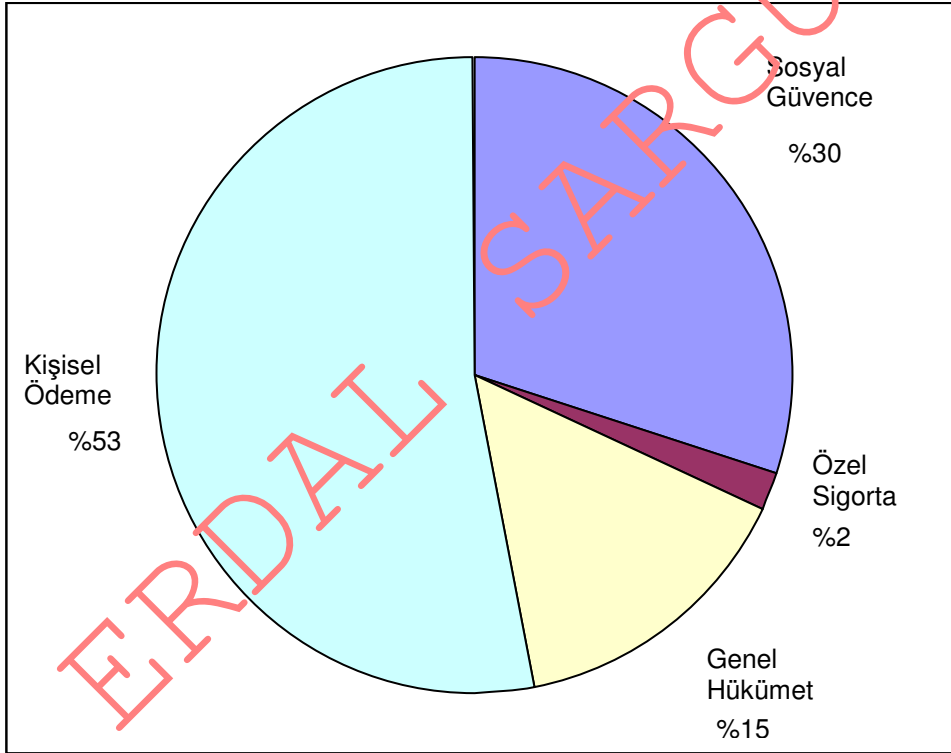
1998'de GSYİH'nın %5,6'sı sağlık harcamalarına gitmiş ve bunun da %50'sini kişisel doğrudan ödemeler oluşturmuştur (12:11).

Meksika'da geleneksel tedavi yöntemlerine başvurma oldukça yaygın bir durumdur. Özellikle Meksika Yerlilerinin bulunduğu bölgelerde geleneksel tedavi çok yaygındır. 2002 yılında Meksika'da orta büyüklükteki şehirlerde nüfusun yaklaşık %8'i geleneksel yöntemlere başvurmuştur (12:13).

## II.5. Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı

### II.5.1. Sağlık Hizmetlerinde Talebin Finansmanı

#### Grafik 1: Sağlık Hizmetleri Talebi Finansman Kaynakları (2001)



● **Kaynak:** (1) OECD (2004) SHA-Based Health Accounts in 13 OECD Countries: Country Studies, Mexico, Organization for Economic Development, s:10

IMSS işçi ve işveren primleri yanında federal yönetimin katkılarıyla finanse edilmektedir. Kamu sektörü çalışanlarının yer aldığı ISSSTE ise çalışan primleri ve hükümet katkıları ile finanse edilen bir kurumdur (12:11).

2001 yılında toplam sağlık harcamalarının %45'i kamu tarafından finanse edilmiştir. Federal yönetim %13'ünü, eyaletler %2'sini ve sosyal güvence kurumları %30'unu finanse etmiştir.



Sosyal güvence kurumlarının kişi başına sağlık harcamaları Sağlık Sekreterliği'nden daha fazla olmuştur. Sosyal güvence kurumları toplam kamu sağlık harcamasının %66'sını karşılamıştır (1:12).

İlaç için yapılan kamu harcamalarının oranı %12'dir. 2002 yılında ilaç için yapılan kamu harcamalarının %80,3'ü IMSS, %14,2'si ISSSTE ve %3,4'ü Sağlık Bakanlığı ve Eyalet Sağlık Birimleri tarafından gerçekleştirilmiştir (4/33).

2001 yılında eyaletler sigortasız insanların toplam sağlık harcamalarının %14'ünü karşılamıştır. Toplam sağlık harcamalarının %52'si kişisel ödemelerle finanse edilmiştir (1:8). 2001 yılında yapılan kişisel ödemelerin %37'si ayakta bakım hizmetlerine, %19'u hastahane bakım hizmetlerine ve %43,1'i ilaçlara yapılmıştır (1:15).

2004'te Meksika'da GSMH'nin %1,3'ü ilaç harcamaları için kullanılmıştır. İlaç harcamaları sağlık harcamalarının önemli bir kısmını oluşturmaktadır. Meksika'da toplam sağlık harcamalarının %20,9'u ilaçlara yapılmaktadır. 1999 ile 2004 yılları arasında ilaç harcamalarındaki yıllık reel artış %8'dir. İlaçlara yapılan toplam harcamaların çoğu kişisel ödemelerle finanse edilmektedir. 2003 yılında toplam ilaç harcamalarının %88'i kişisel ödemelerle finanse edilmiştir (4:33).

### II.5.2. Sağlık Hizmetlerinde Arzın Finansmanı

**Tablo 3: Genel Yönetimin Ve Sosyal Güvence Kurumları Toplam Sağlık Hizmet Arzı Finansmanın Hizmetlere Dağılımı (%)**

Hizmetler	1999	2000	2001
Hastahaneler	51,35	54,64	67,1
Ayakta Bakım Kuruluşları	3,47	2,81	3,83
Tıbbi Malzemeler	0,02	0,12	0,20
Halk Sağlık Programlarının Yönetimi, Sunumu	1,47	1,24	6,46
Genel Yönetim Sağlık Giderleri	17,69	15,7	18,32
Sağlıkla İlgili Masraflar	3,89	5,28	4,17
Sağlık Yatırımları	2,45	3,80	2,10
Dağıtılamayan Giderler	22,11	20,82	0,00

**Kaynak:** (1) OECD (2004) SHA-Based Health Accounts in 13 OECD Countries: Country Studies, Mexico, Organization for Economic Development, s:14.

Meksika'da personel giderleri hemen hemen sağlık kurumlarının bütçelerinin yarısını oluşturmaktadır. IMSS kurum bütçesinin yaklaşık%48'ini personel giderlerine ayırmaktadır.

Sağlık Bakanlığı ise %50'sini personel giderlerine kullanmaktadır. ISSSTE de personel giderleri bütçenin %21 olarak düşük olmasına rağmen bu kurumda da işletme giderleri %51'dir. Özel sektörde genellikle tedavi edici hizmetlere harcama yapılmaktadır. Özel sektörde toplam sağlık harcamalarının %35'i ücretlere, %27'si ilaç satın alımlarına ve %20'si yatan hasta giderlerine yapılmaktadır (1/15).

1990 ve 2000 yılları arasında federal hükümet hastahane giderlerini finansmandaki payı %6 iken, 2001 yılında bu oran %20'ye yükselmiştir (1/15).

### II.5.3. Toplam Sağlık Harcamaları

**Tablo 4: Toplam Sağlık Harcamalarının Finansman Kaynakları Arasında Dağılımı (1999-2001)**

Kurumlar	1999		2001	
	Meksika Pezosu (milyar)	%	Meksika Pezosu (milyar)	%
Federal Yönetim	32.397	12,6	44.775	12,8
Eyalet Ve Belediye Yönetimleri	5.346	2,1	7.507	2,2
Sosyal Güvence Kurumları	84.925	33,1	103.803	29,8
Özel Sigorta	5.559	2,2	9.589	2,8
Kişisel Ödemeler	125.565	50,1	182.936	52,5
Toplam	256.791	100,0	348.611	100,0

**Kaynak:** (1) <http://www.oecd.org/dataoecd/33/15/33733586.pdf>, OECD (2004) SHA-Based Health Accounts in 13 OECD Countries: Country Studies, Mexico, s:24

Meksika'da toplam sağlık harcaması 2004'te GSMH'nin %6,5'i olarak gerçekleşmiştir. 2004 yılında kişi başına düşen sağlık harcaması ise 662 ABD Doları olmuştur. 1999 ve 2004 yılları arasında kişi başına düşen sağlık harcaması ortalama olarak yılda %5,5 artmıştır. Meksika'da sağlık harcamalarının çoğu özel kaynaklardan gelmektedir. 2004 yılında kamu sağlık harcamaları %46,4 olarak gerçekleşmiştir (9:128).

Meksika'da kamu sağlık harcamaları kurumlar ve bölgeler arasında eşit olarak dağıılmamaktadır. Fakir eyaletlerde kişi başına sağlık harcaması daha düşüktür. Meksika'da hem sigortalı hem de sigortasız vatandaşların çoğu sağlık hizmetleri için kişisel ödemeler yapmak zorunda kalmaktadır. 1998 yılında GSMH'dan sağlık harcamalarına ayrılan oran %5,6 olmuş ve bu oranın yarısı kişisel ödemeler şeklinde gerçekleşmiştir (12:11).

Meksika'da kamu fonlarının büyük bir kısmı tedavi edici hizmetlere harcanmaktadır. IMSS bütçesinin %75'i ikincil ve üçüncül sağlık hizmetlerine girmektedir. Meksika'da sağlığa ayrılan toplam bütçenin %68'i doğrudan tedavi edici hizmetlere, %15'i yönetim, politika belirleme ve planlama giderlerine, %7'si koruyucu sağlık hizmetlerine, %6'sı altyapı ve %4'ü diğer alanlara harcanmaktadır (12:12).

Toplam sağlık harcamaları içerisinde sosyal güvence kurumlarının kişi başına sağlık harcamaları Sağlık Sekreterliği'nin harcamalarından daha fazladır. 2001 yılında toplam sağlık harcamalarının %66'sını sosyal güvence kurumları karşılamıştır. 2000 yılında toplam sağlık harcamalarının GSMH içindeki oranı %5,6 iken bu oran 2001 yılında %6'ya çıkmıştır (1:12).

## II.6. Sağlık İnsangücü

**Tablo 5: Kamu Sektöründe Sağlık İnsangücü Sayıları (1990-2000)**

Personel Tipi	1990	1993	1995	1997	1999	2000
Toplam Hekim	89,330	107,495	118,254	129,031	135,159	140,629
Toplam Hemşire	130,519	154,852	166,496	172,294	184,264	190,335
Laboratuvar Personeli	21,809	25,244	27,386	33,602	34,857	36,388
Diğer Sağlık Personeli	3,807	4,036	3,024	4,451	-	-
Hekim Oranı (Bin Nüfus İçin)	11.0	9.3	10.7	11.2	11.8	12.1
Hemşire Oranı (Bin Nüfus İçin)	16.0	16.8	18.4	18.3	18.8	19.0

**Kaynak:** (5) PAHO (2002) Profile of the Health Services System, Mexico, Pan American Health Organization, s:7

Meksika'da son on yılda kamu kuruluşlarında çalışan sağlık profesyonellerinin ve diğer sağlık çalışanlarının sayısında önemli bir artış olmuştur.

Meksika'da en fazla sayıda hekim çalıştıran kurum Sağlık Sekreterliği'dir. IMSS ise en fazla hemşire çalıştıran kurum olarak yer almaktadır. Diğer kurumlar ise bu iki kurumun çalıştırdığının yarısı kadar hekim ve hemşire çalıştırmamaktadır.

1999'da özel sektör neredeyse 63.000 hekim çalıştırmıştır. Bu hekimlerin 27,501'i özel sağlık birimlerinde çalışırken, kalanı ise özel antlaşmalar altında özel sektörde çalışmıştır.

Meksika'da sağlık insangücünün dağılımı dengesizdir. 2000 yılında Mexico eyaletindeki kamu kuruluşlarında bin kişiye düşen hekim oranı 0.8, Chiapas'ta 0.9, Distrito Federal'de 3.2 ve Baja California Sur'da 2.5 olmuştur (5:7).

**Tablo 6: Sağlık İnsangücünün Kurumlara Arasında Dağılımı (2000)**

Kurumlar	Hekimler	Hemşireler	Diğer Yardımcı Personel	İdari Personel
SSA	54,293	73,502	15,438	41,521
IMSS-Solidarity	5,541	6,847	294	2,210
IMSS	53,473	79,100	13,879	84,246
ISSSTE	17,886	20,052	3,230	10,790
PEMEX	2,386	2,678	527	674
SEDENA	1,753	2,128	1,951	-
Özel Sektör	62,951	29,365	4,791	12,744

**Kaynak:** (5) PAHO (2002) Profile of the Health Services System, Mexico, Pan American Health Organization, s:8

1999 yılında yapılan bir araştırmaya göre Meksika'daki hekimlerin %27'si ve hemşirelerin %43'ü işsiz ya da kendi mesleği dışında işler yapmaktadır. Araştırma kadınların iş bulabilmelerinin erkeklere göre 3 kat daha zor olduğunu ortaya koymuştur.

Meksika'da sağlık eğitimi ile ilgili toplam 1,033 program vardır. 1999 yılında ülkede bulunan 78 sağlık okulunda toplam 79,524 öğrenci eğitim görmekteydi. Hekim olabilmek için altı yıllık tıp fakültesi mezunu olmak gerekmektedir.

Meksika'daki tüm kamu sağlık kurumlarının çalıştırdıkları profesyonel, teknik ve diğer personeli için düzenledikleri sürekli eğitim planları bulunmaktadır. Ayrıca ISSSTE tele-eğitim programıyla 2001'de üç tane sertifika kursu gerçekleştirmiştir (5:8).

Meksika'da tıp ve hemşire okulları profesyonel kurumlarca onaylanmaktadır (akreditasyon). Fakat bu onaylama oldukça az gelişmiş bir alandır. 2001'de 78 tıp okulunun sadece 28'i 300'den fazla hemşire okulunun sadece 5'i onaylanmıştır. Tıp uzmanlarının belgelenmesi (sertifikalanması) Ulusal Tıp Ve Cerrahi Akademisi'nin eşgüdümü altında farklı uzmanlık kurullarınca gerçekleştirilir. Genel pratisyenlerin belgelenmesi Ulusal Genel Tıp Kurulu tarafında gerçekleştirilir.

Hastahanelerin belgelenmesi ise 1999'da Genel Sağlık Şûrası tarafından başlatılmıştır (5:11).

## II.7. İlaç Sektörü

Meksika eczahaneleri Ulusal Farmasötik Endüstrisi Odası (Cámara Nacional de la Industria Farmacéutica -CANIFARMA) tarafından temsil edilmektedir. Önceleri bu kuruma üyelik zorunlu iken şimdi böyle bir zorunluluk yoktur. CANIFARMA içinde iki alt kuruluş vardır. Birincisi, araştırmaya yönelik ilaç şirketlerinin yer aldığı Meksika Farmasötik Araştırma Endüstrileri Birliği'dir (Asociación Mexicana de Industrias Investigación Farmacéutica-AMIF). Diğer ise jenerik ilaç üreticilerinin yer aldığı İlaç Fabrikaları Milli Birliği'dir (Asociación Nacional de Fabricantes de Medicamentos-ANAFAM) (4:34).

Meksika önemli ölçüde ilaç ithal eden bir ülkedir. 2003 yılında 1,9 milyar ABD Doları tutarında ilaç ihraç etmiş ve 4 milyar ABD Doları tutarında ise ilaç ithal etmiştir. Amerika Birleşik Devletleri Meksika'nın ilaç ithal ettiği tek ülkedir. Meksika ilaç ihracatının yarısını Avrupa ülkelerine yaparken diğer yarısını da Panama, Brezilya ve Kolombiya gibi Latin Amerika ülkelerine yapmaktadır (4:45). Meksika'da ithal edilen ürünlerin incelenmesi için herhangi bir otorite yoktur. Kullanıma sunulacak jenerik ilaçlar için onay süresi 40 gündür. Patent hakkı başka bir ülkeye ait ilaçlar için ise bu süre 60 gündür (4:13).

1987'de kabul edilen bir yasayla Sanayi Ve Ticari Gelişim Sekreterliği'ne (Secretaría de Comercio y Fomento Industrial-SECOFI) ilaçların maksimum perakende fiyatını belirleme sorumluluğu verilmiştir (4:14). Meksika Ekonomi Sekreterliği fiyat düzenlemeleri ile ilgili planları yönetmekle sorumlu iken Federal Tüketici Ofisi (Procuraduría Federal del Consumidor-PROFECO) eczahanelerde satılan ilaçların maksimum fiyatlara uygunluğunu denetlemekle sorumludur (4:16).

Meksika'da ilaçlar için lisans verilmesinde temel sorumluluk Sağlık Sekreterliği'nin yarı özerk bir kurumu olan COFEPRIS'e aittir. COFEPRIS'in sektörde kullanılacak ürünlere izin verme ve bu konuda düzenlemeler yapma yetkisi bulunmaktadır (4:12).

Sosyal güvence kuruluşları, Sağlık Sekreterliği ve eyalet sağlık yetkilileri ilaçları iki çeşit listeden satın almaktadır. Bunlar Temel Formül (Cuadro Básico) ve Girdi Kataloğu (Catálogo de Insumos)'dur. Kamu sağlık kuruluşlarının ilaç satın almalarında kullanılmak için oluşturulan bu listeler yaklaşık 20 yıldır devam eden bir süreç sonunda oluşturulmuştur. Temel Formül birinci sağlık hizmetleri için kullanılmak üzere geliştirilmiştir. Girdi Kataloğu ise ikincil ve üçüncül sağlık hizmetlerinde kullanılan ilaçlar için oluşturulmuştur. Bu iki liste de kamu sağlık kuruluşlarının ilaç satın alımlarında kullanılmaktadır. Bu formülleri oluşturma sorumluluğu Meksika'da bulunan sağlık kuruluşlarının temsilcilerinden oluşan Sağlık Sektörü Girdileri İçin Kurumlar Arası Temel Formül Komisyonu (Cuadro Básico de Insumos del Sector Salud)'na aittir (4:19).

Kamu sağlık kuruluşlarının Temel Formül ve Girdi Kataloğu'nda bulunan ilaçları satın almaları gerektiği konusunda bir kısıtlama bulunmamaktadır. Sosyal güvence kurumlarının Temel Formül'de yer alan ilaçları kullanması gerekmektedir.

Fakat bu durum kuruma özel liste oluşturulmasını engellememektedir. Hastahaneler Girdi Katalogu'ndaki ilaç listesini kullanmaktadır (4:20). Büyük özel hastahanelerin kendi listeleri bulunmaktadır (4:21).

Meksika'da 1987 yılında patent ve marka konusunda uygulanmak üzere Buluşlar Ve Markalar Hakkında Kanun (Ley de Invenciones y Marcas) yürürlüğe girmiştir. Bu kanunda ilaçlara on yıllık bir süre için patent alınmasına izin verilmektedir. Kanun ilaç ürünlerini şu şekilde bir sınıflandırmaya tabii tutmaktadır:

**Orijinal Ürün:** Bir ilaç firması tarafından geliştirilmiş ve patent ile korumuş ürünün ilk versiyonudur. Geliştiren ve üreten firmaya ilaç pazarında belli bir süre için önemli ayrıcalıklar sağlar.

**Birbirinin Yerine Geçebilen Jenerik İlaçlar:** Referans ürünün yerine kullanılabilir ya da ona eşdeğer olan, orijinal ürünün jenerik bir şeklidir.

**Birbirinin Yerine Geçemeyen Jenerik İlaçlar:** Orijinal ürünün referans ürüne eşdeğer veya terapötik olarak onun yerine kullanılabilir olduğu kanıtlanmamış jenerik şeklidir. Hükümet son zamanlarda bu ilaçların pazardan çekilmesi yönünde çalışmalar yapmaktadır (4:9).

Birbirinin yerine geçemeyen ilaçlar ilaç sektöründe önemli bir yere sahiptir. Bu ilaçlar 2005 yılında gerçekleştirilen perakende satışların %12'sini oluşturmuştur. İlaç sektöründe önemli yeri olmasına rağmen, jenerik ilaçlar için eşdeğerlik testinin zorunlu kılınması ile beş yıl içinde bu ilaçların pazardan çekilmesi düşünülmektedir (4:36).

Kamu ve özel sektör ilaç fiyatları arasında büyük farklılıklar bulunmaktadır. Kamu sektöründe ilaç fiyatları özel sektörde olandan üçte bir daha düşüktür. IMSS'nin yaptığı bir değerlendirmeye göre üyeleri tarafından en çok kullanılan 20 ilacın fiyatı özel sektördekinden ortalama %80 daha düşüktür (4:28).

Meksika'da kamu sektöründe ve özel sektörde ilaç satış miktarı yönünden hemen hemen hiçbir fark yoktur. İlaç tüketiminin yarısı özel sektör, diğer yarısı da kamu sektörü tarafından yapılmaktadır. Fakat genel olarak özel sektörde patentli ilaçlar kamu sektöründe ise jenerik ilaçlar baskındır (4:31).

## 1.6 Sağlık Teknolojisi

1993 yılında Sağlık Sekreterliği 56 ülkeyle bilimsel teknolojik alanlarda ortaklık antlaşması yapmıştır. Meksika'da sağlık teknolojisi açısından sağlık kurumlarında ve özellikle hastahanelerde önemli eksiklikler vardır (6:4).

Son yıllarda tüm kamu kurumlarında ayakta ve yatan hastalar için gerekli tıbbi donanım sayısında artışlar gerçekleşmiştir. 2000 yılında kamu sağlık merkezlerinde 19,107 tıbbi ünite vardı. Bunların %60,5'i Sağlık Sekreterliği'ne aitti. Ayrıca Sağlık Sekreterliği hastahane yataklarının %40,8'ine, laboratuvarların %49,9'una, doğum odalarının %57,5'ine ve ameliyathanelerin %54,9'una sahiptir (5:9). 2002 yılında IMSS kendi bünyesinde Teknoloji Geliştirme Ve Yönetim Birimi kurmuştur (5:21).

## II.9. Sağlık Reformları

2003 yılında Meksika'da sağlıkta sosyal koruma sağlamak için yeni bir sistem oluşturmak amacıyla Genel Sağlık Reformu Kanunu çıkartılmıştır. Bu reformun temelini Sağlıkta Sosyal Koruma İçin Sistem'i ve bu sistemi yürütmek için oluşturulan Genel Sağlık Sigortası (Seguro Popular de Salud-Seguro Popular) oluşturmuştur (16:13). Reformun amacı yönetim, finansman ve hizmet sunumunu fyatay olarak bütünleştirerek sağlık sistemini yeniden örgütlemektir (17:6).

Yeni sistemde federal fonların tahsisi dört temel unsura bölünmüştür. Bunlar; Sağlık Sekreterliği'nin idari rolü, toplum sağlığı hizmetleri, kişisel sağlık hizmetleri ve yüksek maliyetli kişisel sağlık hizmetleridir (16:13). 2003 reformunun temel çıktılarından birisi Sağlık Sekreterliği'nin yönetim rolünü güçlendirmek olmuştur. Reform ile Sağlık Sekreterliği'nin özellikle sistemin çıktılarına değerlendirme, tüm sistemi düzenleme ve değerlendirme alanlarında rolü artmaktadır (17:6). Genel Sağlık Sigortası'nın oluşturulmasının bir parçası olarak kapsamı genişliği ve kaliteyi artırmak için önemli proje ve programlar gerçekleştirilmiştir. Bu kapsamda 2001 yılında teknik kaliteyi ve kişiler arası sorumluluğu artırmak için Sağlık Bakımı Kalitesi Kampanyası başlatılmıştır. Kampanya hasta haklarının tanımlanması ve şikayet ve önerilerle ilgili süreçler oluşturmayı içermektedir (17:7).

2003 reformu toplum sağlığı hizmetleri ile kişisel sağlık hizmetlerinin finansmanını ayırmaktadır. Toplum sağlığı hizmetleri idari fonksiyonları ve toplum sağlığı hizmetlerini içermektedir. İdari fonksiyonlar Sağlık Sekreterliği bütçesinden finanse edilmektedir. Federal yönetim ve eyalet yönetimleri tarafından sağlanan toplum sağlığı hizmetleri ise yeni oluşturulan Toplum Sağlığı Hizmetleri İçin Fon'dan finanse edilmektedir (17:7).

Genel Sağlık Sigortası kişisel sağlık hizmetlerini ayakta bakım kuruluşları ile genel hastahanelerde sunulan birincil ve ikincil sağlık hizmetleri temel paketi ve yüksek maliyetli üçüncül sağlık hizmetleri paketi şeklinde ikiye ayırmaktadır. Üçüncül sağlık hizmetleri paketi Yüksek Harcamalara Karşı Koruma İçin Fon (Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos-FPGS) tarafından finanse edilmektedir (16:14).

Genel Sağlık Sigortası'nın üçlü bir finansman yapısı vardır. Bunların ilki federal sosyal katkıdır. Federal sosyal katkı tamamen federal yönetim tarafından aile başına yapılmaktadır. 2004 yılında sosyal katkı kanuni asgari ücretin %15'i olmuştur. İkinci katkı ise ortak katkıdır. Genel Sağlık Sigortası'nda işveren olmadığı için ortak sorumluluk federal yönetim ve eyaletler arasında olmaktadır. Federal yönetimin katkısı sosyal katkının bir buçuk katıdır. Bu oran çok fakir eyaletler için artmaktadır. Eyalet katkısı ise sosyal katkının yarısı kadardır. Son katkı, üyelerin ön ödeme şeklindeki, gelire göre artan oranlı katkılarıdır. Bunun en üst sınırı asgari ücretin %5'idir (16:16).

Genel Sağlık Sigortası hastahane de uygulanan müdahalelerin %95'ini kapsamaktadır. Kişisel sağlık hizmetleri temel paketi, hastahanelerde uygulanan 249 işlemi karşılamaktadır. FPGS ile de 17 çeşit yüksek maliyetli üçüncül düzey müdahale kapsam altına alınmıştır.

FPGS kanser, kardiyovasküler hastalıklar, serebrovasküler hastalıklar, ağır yaralanmalar, uzun süreli rehabilitasyon, HIV-AIDS, neo-natal yoğun bakım, organ nakli ve diyaliz tedavilerini kapsamaktadır. Meksika'daki 32 eyaletin tamamı Genel Sağlık Sigortası'na katılmıştır (17:11).

Genel Sağlık Sigortası'na katılım gönüllü olmaktadır. Gönüllü katılım talep merkezli, paranın insanları izlediği bir süreç oluşturmaktadır. 2004 yılının sonunda Genel Sağlık Sigortası'na katılan aile sayısı 1.722.000'e ulaşmıştır. 2000 yılında fakir ailelerin sadece %7'si sigortalı iken Genel Sağlık Sigortası ile birlikte bu oran %37'ye yükselmiştir (16:17).

Meksika'da 2001 yılında Ulusal Sağlık Programı 2001-2006 oluşturulmuştur. Program içerisindeki politikalar temel olarak üç alanda programlar oluşturmayı amaçlamaktadır. Bunlar eşitlik, kalite ve finansal koruma alanlarıdır (12:40). Ulusal Sağlık Programı on temel strateji üzerinde yoğunlaşmaktadır. Bunlar;

- Şeker hastalığı prevalansını azaltmak,
- Kardiyovasküler hastalıkları ve hipertansiyonu kontrol altına almak,
- Yaşlılara daha iyi bakım sağlamak,
- Yaşlılara bakım konusunda profesyonellerin eğitimini geliştirmek,
- Organ naklini geliştirmek,
- Tütün ve diğer maddeler karşı bağımlılığı azaltmak,
- Akıl hastalarının bakımını geliştirmek,
- Erken kanser teşhisi,
- HIV-AIDS'ten koruma,
- Sakat insanların rehabilitasyonu (12:41).

Sosyal Gelişim Sekreterliği (Secretaria de Desarrollo Social-SEDESOL) Ulusal Yaşlılar Kurumu (Instituto Nacional de la Senectud-INSEN) aracılığı ile yaşlı insanlara destek vermek için yeni programlar oluşturmaktadır. INSEN'in yürüttüğü faaliyetler üç temel konuya yoğunlaşmaktadır. Bunlar yaşlılara değer verilmesi, sağlık bakımının sağlanması ve iş bulmalarıdır. INSEN yaşlılara bakım veren kuruluşlara sertifika vermektedir. Ayrıca kronik dejeneratif hastalıklara karşı savaş kampanyasını yürütmektedir (12:18).

Ulusal Çalışım Planı 2001-2006'da sakat insanlara kaliteli bakım sağlanması, başarılması zorunlu işler arasında sayılmıştır. Federal yönetimde bu çerçevede sakat insanlar için Kaliteli Bakım programı oluşturmuştur. (12:21).

COFEPRIS 2004 yılında bacaların sebep olduğu hava kirliliğini azaltmak için bir proje başlattı. Projenin amacı hava kirliliğini azaltacak teknolojik imkanları geliştirmek, toplum katılımını ve kurumlar arası katılımı artırmaktır (8:13).



### III. MEKSİKA VE TÜRKİYE SAĞLIK SİSTEMLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

**Tablo 7: Meksika Ve Türkiye'nin Bazı Göstergeleri**

Göstergeler	Birim	Yıl	Meksika	Kaynak	Türkiye	Kaynak
Nüfus	Kişi	2005	107.029.000	19	73.193.000	23
Kaba Doğum Oranı	%0	2005	20/1000	19	20/1000	23
Kaba Ölüm Oranı	%0	2005	4/1000	19	7/1000	23
Yeni Doğan Ölüm Oranı	%0	2004	22/1000	19	26/1000	23
Toplam doğurganlık oranı	(%)	2005	2,3	19	2,4	23
Ortalama Yaşam Süresi	Yıl	2005	76	19	69	23
Difteri-Boğmaca-Tetanoza karşı Bağışıklama Oranı	%	2005	99	19	92	23
Kızamığa Karşı Bağışıklama Oranı	%	2005	96	19	91	23
Hepatit B'ye karşı Bağışıklama Oranı	%	2005	98	19	85	23
Çocuk Felcine karşı Bağışıklama Oranı	%	2005	93	19	90	23
Hekim Sayısı	Kişi	2005	157.385	27	102.500	24
Hemşire Sayısı	Kişi	2005	196.675	28	40.00	25
Hekim Başına Düşen kişi sayısı	Kişi	2005	681	27	680	24
Kamu sektörü sağlık Harcamalarının toplam sağlık harcamalarına oranı	(%)	2002	45	1	71,4	26
Özel sektör sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamalarına oranı	(%)	2002	55	1	28,6	26

**Kaynak** (1) OECD (2004) SHA-Based Health Accounts in 13 OECD Countries: Country Studies, Mexico, s:12

(19) UNICEF (2005) Health At a Glance, Mexico, s:1-3-5

(23) UNICEF (2005) Health At a Glance, Turkey, s:1-3-5

(24) Sağlık Bakanlığı Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı (2005), Türkiye'de Hekim Sayısı Ve Bir Hekime Düşen Nüfus, Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara, s:1

(25) Sağlık Bakanlığı Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı (2005), Sağlık Bakanlığı Hastahanelerinde Görevli Hemşire Ve Ebe Sayısı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara, s:1

(26) WHO (2005) National Health Accounts, Turkey, s:1

(27) Sistema Nacional de Informacion en Salud (2005) Recursos Humanos Personal Medico por Institucion, Mexico, s:1

(28) Sistema Nacional de Informacion en Salud (2005), Recursos Humanos Enfermeras por Institucion, Mexico, s:1

Meksika'da sağlık sistemi desantralize olmuş bir yapıya sahiptir. Sağlık hizmetleri sunumu eyaletler ve sosyal güvence kurumları tarafından yerine getirilmektedir. Meksika'da Sağlık Sekreterliği genel olarak sağlık sistemini yönetmek ve politika belirlemekle sorumludur. Ayrıca sigortasız insanlara sağlık hizmetleri sunumu Sağlık Sekreterliği tarafından gerçekleştirilmektedir. Türkiye'de Sağlık Bakanlığı genel olarak politika belirleyici, yasal düzenlemeleri hazırlayıcı ve sağlık hizmeti sunucularını denetleyici görev üstlenmektedir. Türkiye'de Sağlık Bakanlığı bu görevlere ek olarak sağlık hizmetlerini sunmakla da kanunen görevlidir. Ayrıca her iki ülkede de diğer bakanlıkların sağlıkla ilgili görev ve sorumlulukları vardır.

Türkiye'de sağlık sisteminin tek bir merkezde toplanması Sağlık Bakanlığı'nın daha çabuk kararlar almasına, uygulamasına ve sistemi daha iyi kontrol etmesine imkan veren bir özellik sağlamaktadır. Meksika'da ise desantralize edilmiş yapı Sağlık Sekreterliği'nin bu alanlarda gücünü kısıtlamaktadır.

Meksika'da sosyal güvence kurumları önemli sağlık hizmeti sunucuları ve sağlık hizmeti finansman kaynaklarıdır. Çok sayıda olan bu kurumların kendi sağlık kuruluşları bulunmaktadır. Türkiye'de sosyal güvence kurumlarının hizmet sunum görevleri artık bulunmamaktadır. Sosyal güvence kurumlarının hastahane ve diğer sağlık kuruluşları Sağlık Bakanlığı'na devredilmiştir.

Meksika'da birincil sağlık hizmetleri genel pratisyenler, aile hekimleri ve hemşireler tarafından toplumdaki eğitimli kişilerin katkıları ile sunulmaktadır. Koruyucu sağlık hizmetleri Sağlık Sekreterliği ve eyalet sağlık birimleri tarafından, sağlık merkezlerinde, bölgesel sağlık kuruluşlarından Sağlık Sekreterliği ödenekleriyle verilir.

Türkiye'de birincil ve koruyucu sağlık hizmetleri Sağlık Bakanlığı sağlık birimlerinde sunulmaktadır.

Türkiye'de tıp fakülteleri ve üniversite hastahaneleri önemli sağlık hizmeti sunucularıdır. Aynı şekilde Meksika'da da tıp fakülteleri üçüncül sağlık hizmetleri sunumunu gerçekleştirilmektedir.

Türkiye ve Meksika'da ölüm nedenlerinden başlıcaları kalp-damar hastalıkları ve dejeneratif hastalıklarıdır. Meksika'da koruyucu sağlık hizmetleri kapsamında aşılamanın Türkiye'ye göre daha başarılı olduğu görülmektedir.

Türkiye'de sağlık hizmetleri arz ve arzının finansmanı ağırlıklı olarak kamu tarafından karşılanmaktadır. Bunun yanında özel muayenehane, poliklinik ve klinikler, laboratuvar ve görüntüleme birimleri ile ilaç ve tıbbi cihaz üreticileri ve eczahaneler de önemli finansman kaynaklarıdır. Ayrıca Döner Sermayelerden sağlanan gelirler de sağlık hizmeti sunumu finansmanında önemli bir yer almaktadır. Türkiye'de arzın finansmanında kamu ağırlığı olmakla birlikte özel sektörden daha fazla yararlanılmaya çalışılmaktadır. Meksika'da da aynı şekilde sağlık hizmetleri arzının büyük çoğunluğu kamu tarafından finanse edilmektedir.

Meksika'da sağlık sistemi temel olarak sigortaya dayalıdır. Meksika'da halkın %51'i zorunlu ve gönüllü sigortalıdır.

Ayrıca Sağlık Sekreterliği'nin yürüttüğü programlar ile birlikte nüfusun yaklaşık ilave %37'sine kamu kaynaklı sağlık hizmeti sağlanmaktadır. Ancak tüm vatandaşlar sosyal güvence sistemi içinde değildir ve kişisel doğrudan ödemeler önemli bir tutardadır. Aynı şekilde Türkiye'de de kişisel doğrudan ödemeler sağlık hizmeti talebinin finansmanında önemli bir yer tutmaktadır.

Türkiye'de sağlık hizmetleri talebinin finansal kaynakları ağırlıklı olarak devletten gelen yardımlar, zorunlu ve gönüllü sigortalıların primleri, doğrudan ve dolaylı kişisel prim ve ödemelerle karşılanır. Türkiye'de devlet memurlarını ve onların bakmakla yükümlü yakınlarının sağlık hizmetleri talebi finansmanı hazineden karşılanmaktadır. Türkiye'de sağlık hizmetleri talebinin yaklaşık %70'i kamu ve sosyal güvence kuruluşları tarafından, %30'u doğrudan kişisel ödemelerle finanse edilmektedir.

Meksika'da IMSS'nin finansal kaynağı sigortalıların ödediği primler ile işveren ve devletin ödediği prim ve katkılardır. ISSSTE'nin finansal kaynağı işçilerin ödediği primler ve devletin ödediği katkılardır. Meksika'da sağlık hizmetleri talebinin %45'i kamu, %3'ü özel sigortalar ve %52'si kişisel doğrudan ödemelerle finanse edilmektedir. Bu nedenle, Meksika'da hizmet talebinde Refah Yönelimli / Sigorta yönleri de güçlü olan Özel Teşebbüs / Serbest Pazar tipi bir sağlık sistemi bulunmaktadır. Türkiye'de ise Refah Yönelimli / Sigorta tipi sağlık sistemi yürürlüktedir.

Her iki ülkede de sağlık eğitimi veren çok sayıda üniversite ve diğer eğitim kurumları bulunmaktadır. Fakat sağlık insangücünün ülke içersinde dağılımı hem Türkiye'de hem de Meksika'da dengeli bir şekilde değildir. Sağlık insangücü genelde büyük şehirlerde toplanmıştır. Aynı şekilde her iki ülkede de sağlık kurumlarının dengeli bir şekilde dağılmadığı görülür.

Sonuç olarak iki ülkede de benzer olmakla birlikte Türkiye'de daha iyi bir sağlık sistemi bulunduğu ve halkın sağlık sistemine ulaşımının daha kolay olduğu söylenebilir.

**KAYNAKLAR**

1. OECD (2004) SHA-Based Health Accounts in 13 OECD Countries: Country Studies, Mexico, Organization for Economic Co-Operation and Development, <http://www.oecd.org/dataoecd/33/15/33733586.pdf>
2. OECD (2005) Reviews of Health Systems, Mexico, Organization for Economic Co-Operation and Development, <http://www.oecd.org/dataoecd/33/15/33733586.pdf>
3. Ana Yayıncılık (2004) AnaBritannica Genel Kültür Ansiklopedisi Meksika Maddesi, Ana Yayıncılık A.Ş., İstanbul, Cilt 15, s:523-530
4. OECD (2007) Pharmaceutical Pricing and Reimbursement Policies in Mexico, Organization for Economic Co-Operation and Development, <http://www.oecd.org/dataoecd/39/36/38097348.pdf>
5. PAHO (2002) Profile of the Health Services System in Mexico, Pan American Health Organization, Mexico, <http://www.lachealthsys.org/documents/healthsystemprofileofmexico-EN.pdf>
6. PAHO (2002) Situation Analysis and Trends Summary, the Response of the Health System, Mexico, Pan American Health Organization, [http://www.paho.org/English/DD/AIS/cp\\_484.htm](http://www.paho.org/English/DD/AIS/cp_484.htm) (sayfa numaraları araştırmacılarca verilmiştir)
7. IDRC (2006) The Role of Evidence on Financial Protection in the Mexican Health Reform of 2003, Mexico, International Development And Research Center, [www.idrc.ca/uploads/user-S/11587455291Knaul\\_-Mexico\\_Health\\_Reform.pdf](http://www.idrc.ca/uploads/user-S/11587455291Knaul_-Mexico_Health_Reform.pdf)
8. CEC (2005) Country Report-Mexico, İçinden: Children's Health and the Environment in North America, Commission for Environmental Cooperation [www.cec.org/files/PDF/POLLUTANTS/CountryReport-Mexico-CHE\\_en.pdf](http://www.cec.org/files/PDF/POLLUTANTS/CountryReport-Mexico-CHE_en.pdf)
9. BSR (2006) Mexico, Business for Social Responsibility, İçinden: Women's General and Reproductive Health in Global Supply Chains, Business for [www.bsr.org/meta/BSR\\_Womens-Reproductive-Health-Report.pdf](http://www.bsr.org/meta/BSR_Womens-Reproductive-Health-Report.pdf)
10. Azuara, O. (2004) The Mexican Defined Contribution Pension System: Perspective for Low Income Workers, Mexico, World Bank, [wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/2004/11/22/000090341\\_20041122102416/Rendered/PDF/304850Azuara0Mexico.pdf](http://wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/2004/11/22/000090341_20041122102416/Rendered/PDF/304850Azuara0Mexico.pdf)

11. Paquerö V., Gonzales C. (2003) Economic Analysis of Health Care, Utilization and Perceived Illnes; Ethnicity and Other Factors, Mexico, Volume 1, World Bank, [www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/2003/09/30/000094946\\_0309160409276/Rendered/PDF/multi0page.pdf](http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/2003/09/30/000094946_0309160409276/Rendered/PDF/multi0page.pdf)
12. Knaul F. Ve diğerleri (2003) Case Study Mexico İçinden; Country Case Studies in Long Term Care, Volume 1: Developing Countries, World Health Organization, Geneva, <http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241562498.pdf>
13. OECD (2006) Health Policy in Mexico Directorate for Employment, Labour and Social Affairs, Organization for Economic Co- Operation and Development, <http://www.oecd.org/dataoecd/51/60/38120478.pdf>
14. Barber S., L. (2006) Public and Private Prenatal Care Providers in Urban Mexico: How does their quality compare?, International Journal for Quality in Health Care, Oxford Journals, Institute of Business and Economic Research, F502 Haas School of Business, University of California, Berkeley, CA, USA [www.intqhc.oxfordjournals.org/cgi/reprint/18/4/306.pdf](http://www.intqhc.oxfordjournals.org/cgi/reprint/18/4/306.pdf)
15. World Bank (2006) Decentralized Service Delivery for the Poor-Mexico, World Bank, Mexico, [www-wds.worldbank.org/.../21/000020953\\_20061221121350/Rendered/PDF/356920v10ENGLI130Poverty1301PUBLIC1.pdf](http://www-wds.worldbank.org/.../21/000020953_20061221121350/Rendered/PDF/356920v10ENGLI130Poverty1301PUBLIC1.pdf)
16. Knaul, F. ve diğerleri (2006) Preventing Impoverishment, Promoting Equity and Protecting Households from Financial Crisis: Universal Health Insurance through Institutional Reform in Mexico, Fundacion Mexicana para la Salud, Mexico, <http://www.funsalud.org.mx/GDN/GDN2006English.pdf>
17. Frenk, J. Ve diğerleri (2006) Comprehensive Reform to Improve Health System Performance in Mexico, Fundacion Mexicana para la Salud, Mexico, [http://www.salud.gob.mx/pagina\\_principal\\_2005/archivos/conferencia\\_internacional/2\\_frenk\\_colabora/comprehensive\\_reform.pdf](http://www.salud.gob.mx/pagina_principal_2005/archivos/conferencia_internacional/2_frenk_colabora/comprehensive_reform.pdf)
18. Levy S. (2006) Social Security Reform in Mexico: For Whom?, World Bank, Mexico, <http://siteresources.worldbank.org/INTMEXICO/SPANISH/Resources/levy-ponencia.pdf>
19. UNİCEF (2005) At a Glance, Mexico, [www.unicef.org/infobycountry/luxembourg\\_statistics.html](http://www.unicef.org/infobycountry/luxembourg_statistics.html) (sayfa numaraları araştırmacılarca verilmiştir).

20. GHTF (2002) Medical Devices Regulation in Mexico, Global Harmonization Task Force,  
<http://www.ghrf.org/conferences/9thconference/presentations/latinamerican/adriana Velasquez.pdf>  
(sayfa numaraları araştırmacılarca verilmiştir).
21. Levy, S. (2006) Progress Against Poverty: Sustaining Mexico's Progreso-Oportunidades Program, Brookings Institution Press, Washington, D.C.,  
[http://www.brook.edu/global/progress/pap\\_total.pdf](http://www.brook.edu/global/progress/pap_total.pdf)
22. IMSS (2007) Secretaria General, Scheme, Instituto Mexicano del Seguro Social Estructura Dictaminada  
[www.imss.gob.mx/NR/rdonlyres/CE06831A-B565-415F-A652-6278F21CE9A2/0/.pdf](http://www.imss.gob.mx/NR/rdonlyres/CE06831A-B565-415F-A652-6278F21CE9A2/0/.pdf)
23. UNICEF (2005) Health at a Glance, Turkey  
[http://www.unicef.org/infobycountry/Turkey\\_statistics.html](http://www.unicef.org/infobycountry/Turkey_statistics.html)  
(sayfa numaraları araştırmacılarca verilmiştir)
24. Sağlık Bakanlığı (2005) Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı, Türkiye'de Hekim Sayısı Ve Bir Hekime Düşen Nüfus, Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara,  
<http://www.saglik.gov.tr/istatistikler/ytkiy2005/14.XLS>  
(sayfa numaraları araştırmacılarca verilmiştir)
25. Sağlık Bakanlığı (2005) Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı, Sağlık Bakanlığı Hastahanelerinde Görevli Hemşire Ve Ebe Sayısı, Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara,  
<http://www.saglik.gov.tr/istatistikler/ytkiy2005/GR7.xls>  
(sayfa numaraları araştırmacılarca verilmiştir)
26. WHO (2005) National Health Accounts, Turkey, World Health Organization,  
<http://www.who.int/nha/country/TUR.xls>  
(sayfa numaraları araştırmacılarca verilmiştir)
27. Secretaria de Salud (2005) Sistema Nacional de Informacion en Salud, Recursos Humanos Personal Medico por Institucion, Mexico,  
[http://sinais.salud.gob.mx/recursoshumanos/tabs/rh\\_sec\\_001.xls](http://sinais.salud.gob.mx/recursoshumanos/tabs/rh_sec_001.xls)  
(sayfa numaraları araştırmacılarca verilmiştir)
28. ● Secretaria de Salud (2005) Sistema Nacional de Informacion en Salud, Recursos Humanos Enfermeras por Institucion, Mexico,  
[http://sinais.salud.gob.mx/recursoshumanos/tabs/rh\\_sec\\_sh\\_002.xls](http://sinais.salud.gob.mx/recursoshumanos/tabs/rh_sec_sh_002.xls)  
(sayfa numaraları araştırmacılarca verilmiştir)

A. ERDAL SARGUTAN