

PERU SAğLIK SİSTEMİ

ARAŞTIRMA YÖNETİCİSİ - EDİTÖR

Doę. Dr. A. Erdal SARGUTAN

ARAŞTIRMA GRUBU

Seda KOCABACAK

Suzan ZEHİR

Gülşen DİZLEK

Dilek N.KIYGI

A. ERDAL SARGUTAN

PERU SAĞLIK SİSTEMİ

ÖZET	2174
I. ÜLKE TANITIMI	2177
I.1. Coğrafi	2177
I.2. İklim Ve Bitki Örtüsü	2178
I.3. Akarsular ve Toprak Dokusu	2179
I.4. Tarihçe	2178
I.5. Yerleşim ve Nüfus	2179
I.6. Ekonomik Durum	2179
I.7. Yeraltı Kaynakları	2180
I.8. Ulaşım	2180
I.9. Kültürel Yaşam	2180
I.10. Eğitim	2180
I.11. Siyasi Rejim	2180
II. SAĞLIK SİSTEMİ	2181
II.1. Tarihçe	2181
II.2. Genel Sağlık Yapısı	2181
II.2.1. Özel Sağlık Sorunları	2183
II.3. Sağlık Sisteminin Örgütlenmesi	2184
II.3.1. Kamu Sektörü	2184
II.3.1.1. Sağlık Bakanlığı	2184
II.3.1.2. Sosyal Güvenlik Sistemi	2185
II.3.1.3. Silahlı Kuvvetler Ve Polis Teşkilatı	2186
II.3.2. Özel Sektör Ve Kar Amaçsız Sağlık Kuruluşları	2186
II.3.2.1. Özel Sektör Sağlık Kuruluşları	2186
II.3.2.2. Kâr Amaçsız Sağlık Kuruluşları	2186
II.4. Sağlık Hizmetlerinin Sunumu	2187
II.4.1. Koruyucu Ve Birincil Sağlık Hizmetleri	2187
II.4.2. İkincil Ve Üçüncül Sağlık Hizmetleri	2187
II.5. Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı Ve Harcamaları	2188
II.5.1. Sağlık Hizmetlerinde Arzın Finansmanı	2188
II.5.2. Sağlık Hizmetlerinde Talebin Finansmanı	2191
II.5.3. Toplam Sağlık Harcamaları	2191
II.6. İlaç Kullanımı	2192
II.7. Sağlık İşgücü	2193
II.8. Sağlık Teknolojisi Ve Ekipmanı	2194
II.9. Ulusal Sağlık Politikası Ve Sağlık Reformu	2195
III. PERU VE TÜRKİYE SAĞLIK SİSTEMİNİN KARŞILAŞTIRILMASI	2197
KAYNAKLAR	2199

ÖZET

Peru gelişmekte olan bir ülkedir. Kişi başına düşen milli geliri oldukça düşük olması, sağlık hizmetlerinin finansmanı için yapılan harcamaları da kısıtlamakta sağlık sektörünün düşük seviyedeki finansmanı sağlık hizmetlerini olumsuz etkilemektedir. Peru'nun temel sağlık göstergeleri, düşük-orta gelirli Latin Amerika Ülkeleri düzeyindedir. 1980 yılından sonra sağlık göstergelerinde istikrarlı bir gelişme yaşanmıştır.

Peru'da yerleşim yapısının kırsal ve kentsel düzeyde çok farklı yapılar göstermesi, sağlık hizmetleri arzını etkilemektedir. Kırsal ve kentsel nüfusun eğitim düzeyi, din, gelenek-görenek ve çeşitli konulardaki inanç ve davranışları, etnik ve demografik farklılıklar sağlık hizmetleri talebinde farklılıklar yaratmaktadır. Geleneksel sağlık uygulamaları yaygındır.

Sağlık hizmeti arzı kamu, özel ve gönüllü kuruluşlar tarafından yapılmakta olup, bu kuruluşlar arasında, sevk-karşı sevk mekanizmasının eksikliği ve koordinasyonun yetersizliği, sağlık hizmetleri arzını olumsuz yönde etkilemektedir.

Peru sağlık sisteminde kamu alt sektörü Sağlık Bakanlığı, sosyal güvence sistemi, silahlı kuvvetleri ve polis teşkilatına ait sağlık hizmetlerinden oluşmaktadır.

Sağlık Bakanlığı sistemin ana otoritesidir ve sağlık sektöründe yönlendirici bir rolü bulunmaktadır. Sağlık sektöründeki faaliyetlerin düzenlenmesi amacıyla teknik prosedürlerin, standartların oluşturulması ve sektöre rehberlik eden politikaların belirlenmesi Sağlık Bakanlığının sorumluluğundadır. Sağlık Bakanlığı hem koruyucu ve geliştirici hem de tedavi edici sağlık hizmetlerini yürütmektedir. Sağlık Bakanlığına bağlı iki tür özel hizmet birimi bulunmaktadır. Bunlardan birincisi özel dal merkezleridir, ikincisi Bölgesel Sağlık Bölümleri'dir. Bu kuruluşlar denetim, hijyen kontrol ve bölgelerdeki sağlık hizmetlerinin sunumu görevlerini yerine getirmekte ve isimleri bölgeden bölgeye farklılık göstermektedir.

Kamu alt sektörü kuruluşları tarafından sunulan sağlık hizmetleri, sağlık hizmetleri düzeyine göre örgütlenmiştir. Sağlık hizmeti kuruluşları ne kaynaklarını paylaşmakta ne de bir ağ oluşturacak şekilde eşgüdümlü çalışmamaktadır ve kaynakların çeşitli basamaklar arasındaki dağılımı dengesizdir.

Silahlı Kuvvetler ve Polis Teşkilatı'na ait toplam 158 sağlık kuruluşu bulunmaktadır olup, bunların 20'si hastahane, 81' sağlık merkezi ve 57'si sağlık evidir. Silahlı Kuvvetler ve Polis Teşkilatına bağlı kuruluşlarda sunulan sağlık hizmetleri yalnızca kuruluş çalışanlarına ve ailelerine yöneliktir.

Peru sağlık sisteminde sosyal sigorta bulunan bir yapı vardır. Sosyal sigorta nüfusun yaklaşık 1/4'üne hizmet vermektedir.

90'lı yıllarda gerçekleştirilen reformlar kapsamında sosyal güvence sistemini destekleyen Sağlık Hizmeti Sunucuları (EPS) alt sistemi oluşturulmuş, oluşturulan yeni sosyal güvence sisteminde sigortalılar isteklerine göre Es Salud veya EPS kapsamına girebilmektedir.

Es Salud'u tercih edenler işverenlerinin ödedikleri katkılarla Es Salud'a bağlı sağlık hizmeti kuruluşlarının sunduğu sağlık hizmetlerinden yararlanırlar.

Gönüllülük esasına göre EPS'yi tercih eden çalışanlar (resmi olmayan kuruluşlarda çalışanlar ve serbest meslek sahipleri de dâhil olmak üzere) EPS ile anlaşmalı özel sektör sağlık kuruluşlarının sundukları sağlık hizmetlerinden faydalanabilmektedir.

Sosyal güvenlik sistemi tedavi edici sağlık hizmetlerini sağlamaktadır.

Özel sektör alt sektöründe, sağlık ve özel sağlık sigortası hizmetleri sunulmaktadır. Özel sağlık kuruluşları çoğunlukla kliniklerden, muayenehanelerden ve sağlık evlerinden oluşmakta olup, genellikle önemli şehirlerde yoğunlaşmıştır.

Ülkede sağlık sisteminin üzerinde önemle durduğu temel alanlar bebek ölümleri, 5 yaş altı ölümleri ve anne ölümleridir. Sağlık hizmetleri kullanımı yeterince iyi değildir. 2000 yılında hastalık ve kazalara maruz kalan ve tedavi görmesi gereken insanların %31'i ekonomik yetersizliklere bağlı olarak sağlık hizmeti alamamışlardır. Bu kişilerin %8'i sağlık kuruluşlarında sağlık hizmeti almak yerine doğrudan eczahanelere veya geleneksel tedavi edicilere başvurmuştur. Toplam olarak, sağlık kuruluşlarında tedavi görmesi gerekenlerin yalnızca %69'u uzman bir sağlık görevlisi tarafından muayene edilebilmiştir. Sağlık teknolojisinin değerlendirilmesiyle ilgili ulusal bir kuruluş bulunmamaktadır.

Peru'da sağlık hizmetlerinin arzı ve arzın finansmanı kamu, özel ve gönüllü kuruluşlarca karşılanır. Talep ve talebin finansmanı kamu, sigorta primleri, işçiler adına işverenlerin ödedikleri katkılar, hane halkı harcamaları (kişisel doğrudan harcamalar), dış kaynaklı yardımlardan oluşmaktadır.

Bu haliyle Peru'da en büyük (2/3) payı doğrudan ve dolaylı (prim) kişisel harcamalar, buna ek kamu harcamaları olan, Özel Teşebbüs / Serbest Pazar tipi bir sağlık sistemi vardır.

A. ERDAL SARGUTAN

PERU SAĞLIK SİSTEMİ

I. ÜLKE TANITIMI

RESMİ ADI	: Peru Cumhuriyeti
YÜZÖLÇÜMÜ	: 1.285.216 km ²
NÜFUS	: 27.553.000 (2004 Tahmini Nüfusu)
DİNİ	: Nüfusun yüzde 90'dan fazlası Katolik mezhebine bağlıdır.
DİLİ	: İspanyolca, Keçuva ve Aymara dilleri
BAŞKENTİ	: Lima
YÖNETİM ŞEKLİ	: Başkanlık sistemine dayalı Cumhuriyet
PARA BİRİMİ	: Nuevo Sol (14/9)

I.1 Coğrafi Özellikler

Peru Güney Amerika'nın üçüncü büyük ülkesi olup, kuzeybatıda Ekvador, kuzeydoğuda Kolombiya, doğuda Brezilya ve Bolivya, güneyde Şili, batıda da Büyük Okyanus ile çevrilidir.

Peru batıdan doğuya doğru üç farklı coğrafi bölgeye ayrılır: Costa (kıyı bölgesi), Sierra (dağlık bölge) ve Montana (ormanlarla kaplı geniş ovalar). Yüksekliği 460 m'ye kadar ulaşan kıraç düzlüklerin yer aldığı Costa, güneye doğru gittikçe daralan bir kuşak oluşturur. Chimbote'nin kuzeyinde kalan kesimin genişliği Sechura Çölünde 145 km'yi geçer. Nazca'ya kadar uzanan orta kesimde dalgalı tepeler kıyılara kadar sokulur. Güney kesiminde dar vadilerin parçaladığı dağlar kıyıların yakınında sona erer. Sierra, And sisteminin Batı, Orta ve Doğu Cordillera kollarına bağlı sıradağlardan oluşur.

Ortalama yüksekliği 2.750-5.800 m. arasında değişen ve sık sık depremlere sahne olan bu geniş kütle kuzeyde 95 km, güneyde ise 320 km genişliğe ulaşır. Aşınmış bir görünümü olan kuzeydeki sıradağlar yalnızca birkaç yerde 5000 m'yi geçer. Dorukları genellikle kar ve buzullarla kaplı olan orta kesimdeki sıradağlar aşılması güç bir set biçiminde yükselir. Lima'nın doğusundaki başlıca geçidin yüksekliği 4500 m'nin üzerindedir. Ülkenin en yüksek doruğu olan Huascaran Dağı (6.768 m) orta kesimdeki Cordillera Blanca'da yer alır. Sıradağların yüksek bir platoya dönüştüğü güney kesimde Misti Yanardağından (5.822 m) başlayan bir volkanik zincir Şili'ye doğru uzanır.

Ülke topraklarının beşte üçünden fazlasını içine alan Montana, genelde Amazon Havzasının sık tropik ormanlarıyla kaplıdır. Andlar'ın doğu eteklerindeki düzlüklerde 915 m'ye yaklaşan yükseklik, Brezilya sınırlarına doğru alçalarak 90 m'ye kadar iner.

Peru sismik hareketler açısından çok etkin bir kuşakta yer alır. Sabancaya Yanardağı en son 1990'da püskürmüştür. Depremler sık görülmektedir (1/565).

I.2 İklim Ve Bitki Örtüsü

Peru'da iklim koşulları büyük bir değişkenlik gösterir. Büyük Okyanus üzerindeki yüksek basınç sistemi soğuk Peru Akıntısı ve Amazon kökenli rüzgarları kesen Andlar kıyılarda kurak ama serin bir iklime yol açar. Sıcaklık yükseklikle birlikte düşerken, yağışlar da kuzeyden güneye ve doğudan batıya doğru gittikçe azalır.

Kıyılardaki seyrek bitki örtüsü kaktüs ve algarroba türlerinden oluşur. Dağlık yörelerde uzun ömürlü çalılar, yüksek otlar ve okalptüs ağaçları yetişir. Andlar'ın doğu yamaçlarıyla Amazon Havzasındaki tropik ormanlar kauçuk, maun, kınakına, kakao ve vanilya gibi ağaç türlerini kapsar (1/565).

I.3 Akarsular Ve Toprak Dokusu

Andlar'dan inerek Büyük Okyanusa dökülen kısa ırmakların akışı genelde düzensizdir. Montana'dan Amazon'u besleyen birçok akarsu geçer. Kaynağını Peru Andları'ndan alan başlıca kollar Maranon, Huallaga ve Ucayali'dir. Andlar'dan doğan ırmakların sularını toplayan Bolivya sınırındaki Titicaca Gölü dünyanın ulaşılabilir en yüksek (3.810 m) su kütlesidir. Peru'nun verimli toprakları kıyıdaki ırmak vadileri ve bazı dağ havzalarıyla sınırlıdır (1/565).

I.4 Tarihçe

Bugünkü Peru topraklarında insan yerleşiminin geçmişi en az 10.000 yıl önceye iner. İlk kez 1438'de ülke genelinde siyasal birliği sağlayan İnkalar, sonraki 50 yıl içinde Cuzco'daki merkezlerinden giriştikleri fetihlerle Peru'nun yanı sıra bugünkü Bolivya, Şili, Ekvador ve Kuzey Arjantin topraklarını da egemenlik altına aldılar.

1543'de İspanya İnkâ topraklarında egemenlik kurdu ve etkili bir sömürge yönetimi Peru Genel Valiliği'nin oluşturulmasından sonra kurulabildi. Aynı dönemde gelişen yerli köle emeğine dayalı madencilik sömürgecinin en önemli gelir kaynağı durumuna geldi. 18. Yy.da Nueva Granada ve Rio özerk askeri valiliğin oluşturulması sonucu sınırları daralan Peru bir gerileme sürecine girdi.

Güney Amerika sömürgelerinde 1810'dan sonra gelişen bağımsızlık mücadeleleri sırasında, tutucu bir aristokrasinin ve güçlü bir ordunun bulunduğu Peru'da İspanyol yönetimine karşı hiçbir direniş baş göstermedi. Arjantinli general Jose de San Martinin Lima'yı ele geçirmesiyle Temmuz 1821'de Peru'nun bağımsızlığı ilan edildi. Daha sonra Peru'ya giren Simon Bolivar 1824'de sömürge yönetimine son verdi. Bolivarın 1826 da Peru'dan ayrılmasıyla oluşan askeri karışıklık sonrasında 1836'da Peru Bolivya konfederasyonu oluşturuldu.

1862'ye değin başta kalan Ramon Castilla, eğitim sistemini yaygınlaştırma, köleliği kaldırma, yerlilerden vergi alınmasını yasaklama gibi önemli adımlar attı ve 1860'da ilk kalıcı anayasayı hazırladı. Sonraki yıllarda eski sömürgelerini ele geçirmek isteyen İspanyaya karşı yürütülen savaş Peru'nun kaynaklarını önemli ölçüde tüketti (1864-1869). Atacama Çölündeki zengin nitrat yatakları için Şili ile girişilen Pasifik Savaşı (1879-83) ekonomiyi daha da sarstı.

Peru'nun artan dış borçlarla iflasın eşiğine gelmesi üzerine, alacaklı devletler 1889'da Peru Şirketi'ni kurarak demiryolu ve maden ayrıcalıkları karşılığında bir kurtarma planı uyguladı.

Sivil partinin adayı olarak 1908'de başkan seçilen Augusto Leguia y Salcedo, mali ve idari reformların yanı sıra Bolivya ve Brezilya ile sınır sorunlarını çözdü. 1920'de çıkarılan yeni anayasayla özellikle yerlileri korumaya yönelik ilerici düzenlemeler getirmekle birlikte, kişisel bir diktatörlük kurma yoluna gitti. Cero öncülüğündeki bir askeri darbeye devrildi. 1980 seçimiyle sivil yönetime dönüş gerçekleşmiştir (1/567,568).

1.5 Yerleşim Ve Nüfus

Peru, koloni dönemindeki göçlere ve etnik karışıma karşın yerli nüfusun hala ağırlıkta olduğu bir ülkedir. Kırsal ve kentsel yerleşmeleri doğal koşulların yanı sıra tarihsel gelişmenin etkisini yansıtır. Koloni öncesi dönemde tahminen başlıca yerleşim alanları kıyılarıdaki ırmak vadileriyle verimli dağ havzalarıdır. İlk İspanyol yerleşmelerinin önce korunaklı limanların yakınında, ardından maden yatakları çevresinde kurulduğu gözlenir. 20. Yüzyılda yerleşime açılan Amazon Havzası yoğun göçlerin yarattığı hızlı bir değişimi yansıtır. Nüfus yoğunluğu (2002) kilometre kare başına ancak 21 kişidir. Kentlerde oturanların toplam nüfus içindeki oranı yüzde 72.3 düzeyindedir. Kırsal kesimden göçer daha çok kıyı kentlerine yöneldiğinden, orta ve küçük çaplı kentlerin büyüme hızı yavaştır. Başkent Lima toplam nüfusun yaklaşık dörtte birini barındırır. Doğal nüfus artış hızı Latin Amerika ortalamasına yakındır. Doğum ve ölüm oranları (2002) sırasıyla binde 23,4 ve binde 5,7'dir. Yüksek doğum oranının ve genç nüfus yapısının ekonomi için büyük bir yük oluşturması nedeniyle, 1976'dan sonra kadınların çalışma hayatına daha fazla katılmasını sağlayarak nüfus artışını düşürme politikası benimsenmiştir (1/565).

1.6 Ekonomik Durum

Peru'da büyük ölçüde imalat, hizmet, tarım ve madencilik sektörlerine dayanan karma bir ekonomi yürürlüktedir. 1960'ların sonları ve 1970'lerin başları arasında petrol üretimi ve pek çok sanayi dalı, 1987'de ise mali sistem devletleştirildi. 1990'larda birçok sektör yeniden özelleştirildi. İşsizlik ve eksik istihdam sorunları ciddi boyuttadır. 2000 verilerine göre ülke gayri safi milli hasılası 53,4 milyar ABD Doları, kişi başına düşen milli gelir 2.080 ABD Dolarıdır.

Gayri Safi Yurt İçi Hasıla içindeki payı (2000) yüzde 8 olan tarım sektöründe toplam işgücünün yaklaşık üçte biri çalışır (1992). Peru tarımsal üretim açısından kendine yeterli olmaktan uzaktır. Başlıca tarım ürünleri şeker kamışı, pamuk, kahve, patates, mısır ve pirinçtir. Yün üretimi için beslenen koyun, lama, alpaka ve vikunya hayvancılığın temelini oluşturur.

GSYİH içindeki yüzde 5 dolayında olan madencilik sektöründe toplam işgücünün yaklaşık yüzde 2'si çalışır. İhracat gelirinin yaklaşık yarısı minerallerden sağlanır. GSYİH içindeki payı yaklaşık yüzde 15 olan imalat sektöründe toplam işgücünün yüzde 10'u çalışır. Başlıca sanayi ürünleri işlenmiş gıda, temel metaller, kimyasal maddeler, ağaç ürünleri, dokuma ve içeceklerdir.

İhracat gelirlerinin büyük bölümünü madencilik ürünleri, balık ve petrol sağlar. Başlıca ithalat kalemleri ise gıda maddeleri, makine, ulaşım donanımı ve tüketim mallarıdır. Dış ticaret yapılan ülkelerin başında ABD, Japonya ve Almanya gelir (1/565,567).

I.7 Yeraltı Kaynakları

Peru yeraltı kaynakları bakımından son derece zengindir. Petrol üreticisi olan Peru'nun petrolden elde ettiği ihracat geliri bakırdan elde ettiğinin dörtte biri kadardır. Titicaca Gölünün kuzeyinde zengin uranyum yatakları saptanmıştır. Peru bakır, gümüş, demir, çinko, bizmut ve kurşun üretiminde dünyada ilk sıralarda yer alır. Öteki önemli madenler arasında altın, fosfat ve manganez sayılabilir (1/567).

I.8 Ulaşım

Ulaşımın temelini oluşturan karayollarının yalnızca yüzde 10'u kaplanmıştır. Batıdan doğuya uzanan iki demiryolu hattı madencilik açısından önem taşır. Uzak yörelerle bağlantıyı havayolu sağlar. En önemli uluslararası havaalanı başlıca liman kenti olan Callao'dadır (1/567).

I.9 Kültürel Yaşam

Peru halk kültürü Yerli ve Mestizo geleneklerinden gelen birçok öge taşır. Geleneksel el sanatlarının başında dokumacılık, seramik işleri ve metal işlemciliği gelir. Yerlilerden kalma yapılar doğal yapıya uyumlu mimarileriyle dikkati çeker. Koloni döneminin en eski yapısı Lima Katedrali, mimari açıdan en önemli yapısı ise Lima'daki San Francisco Manastırı ve Kilisesidir (1/567).

I.10 Eğitim

Okuryazarlık oranı (1995) yüzde 88 gibi yüksek bir düzeydedir. Eğitim okul bulunan yerlerde 6-15 yaşları arasında zorunlu ve parasızdır. Yetişkinlerin eğitimine ve teknik öğretime büyük önem verilmektedir. Ülkedeki üniversitelerin sayısı 30'u geçer. Lima'da bulunan San Marcos Ulusal Üniversitesi Güney Amerika'nın en eski yükseköğretim kurumudur (1/567).

I.11 Siyasi Rejim

Peru'nun yönetim biçimi Başkanlık sistemine dayanan cumhuriyettir. On yıl süren askeri yönetimin ardından 1990'da sivil yönetime geçilmiştir. 1993'te yürürlüğe konulan yeni anayasayla, beş yıllık bir dönem için halk tarafından seçilen başkanı, yetkileri artırılmıştır. Başkan devlet işlerini kendi atadığı Bakanlar Kurulunun yardımıyla yürütür. Yasama yetkisini 120 üyeli Kongre kullanır. En üst yargı organı Yüksek Mahkeme'dir.

Sosyal refah sistemi, emeklilik ve işgöremezlik aylığıyla hastalık, annelik ve iş kazası yardımı gibi hizmetleri sağlar. İşçi hakları yasalarla güvence altına alınmıştır (1/567).

II. SAĞLIK SİSTEMİ

II.1. Tarihçe

16. Yüzyılda Peru'ya İspanyolların ve ardından köle olarak Afrikan Amerikanların gelmesiyle Peru'da çok kökenli, çok kültürlü ve birçok dilin konuşulduğu bir toplum oluştu. Sömürgecilikle birlikte maden ocakları açıldı ve ölüm oranları (özellikle erkeler arasında) tehlikeli bir düzeye yükseldi. Bu nedenle 50 yaşına çok az sayıda kişi ulaşabiliyordu.

Ülkede ilk sağlık kuruluşlarının kurulması bu döneme rastlamaktadır. Katolik Kilisesinin yardımıyla hastahaneler ve küçük bakım evleri kurulmaya ve ortaçağ dönemine özgü sağlık eğitimleri verilmeye başlandı.

19. Yüzyılın ortalarında Fransa, İngiltere ve Almanya'daki tıbbi gelişmelerin etkisiyle ulusal tıp hizmetleri gelişmeye başladı.

1834 yılında Orbegoso hükümeti döneminde, yardıma muhtaç kişilere yönelik hizmetler sunmak amacıyla Lima Yardım Derneği kuruldu. Bu dernek kısıtlı işlevleri olan bakım evleri kurdu.

1924 yılında, Lima Yardım Derneği'ne ait olan San Vicente de Paul sığınma evi kuruldu ve yardıma muhtaç yaşlıların barınması için kullanıldı.

1936 yılında, sosyal güvenlik alanında çok önemli bir gelişme yaşandı ve işçiler için zorunlu Kamu Sağlığı programı hazırlandı. Böylece işçiler ilk kez yaşlılıkları ve işten ayrıldıkları dönem için sağlık sigortası kapsamına alındı. 1951 yılında bu girişim Sosyal Sigorta şeklinde geliştirildi. 1973 yılında, Sosyal Güvenlik Emeklilik Fonu, Çalışanlar İçin Sosyal Güvenlik ve kamu sektörü dışında çalışan işçiler için Özel Sigorta Fonu gibi ayrı ayrı fonların yerine Sosyal Güvenlik Ulusal Emeklilik Sistemi getirildi (6/7).

II.2. Genel Sağlık Yapısı

Peru'nun temel sağlık göstergeleri, düşük-orta gelirli Latin Amerika Ülkeleri düzeyindedir. 1980 yılından bu zamana sağlık göstergelerinde istikrarlı bir gelişme yaşanmıştır.

1950-1955 ile 1995-2000 yılları arasındaki göstergeler karşılaştırıldığında, kaba ölüm hızında önemli bir düşme olduğu görülmektedir. Bu dönemler arasında 1000 kişilik nüfusta kaba ölüm hızı 21,6'dan 6,5'e gerilemiştir. Diğer taraftan aynı dönemde doğuştan beklenen yaşam süresi 43,9'dan 68,3'e yükselmiştir. Ancak yaşam koşullarındaki eşitsizlik devam etmektedir. Huancavelica'daki ölüm riski (1000 kişilik nüfusta 13), El Callaco'dakinin (1000 kişilik nüfusta 3,6) yaklaşık üç katıdır. Bu bölgeler arasındaki doğuştan beklenen yaşam süresi farkı daha da kötü olup, Huancavelica'da 56,8 yıl, El Callo'da 78 yıldır ve arada 21 yıllık fark bulunmaktadır. Peru'da ölümlerin neredeyse %50'sinin kayıt altına alınmadığı tahmin edilmektedir. Yapılan tahminlere göre 1987 ve 1997 yılları arasında bulaşıcı hastalıklara bağlı ölüm oranı 100.000 kişilik nüfusta 247,5'ten 146,4'e düşmüştür (5/5).

Ülkede sağlık sisteminin üzerinde önemle durduğu temel alanlar bebek ölümleri, 5 yaş altı ölümleri ve anne ölümleridir. Bu ölüm oranları kırsal bölgelerde, kentsel bölgelere oranla çok yüksektir. Bebek ve 5 yaş altı çocuk ölümlerinin önde gelen nedenleri solunum yolu enfeksiyonları ve intestinal enfeksiyon hastalıklarıdır. Enfeksiyon hastalıkları yetişkinler arasında da önde gelen ölüm nedenlerindedir. 60 yaş üstü nüfusun ölüm nedenlerinin başında dolaşım sistemi hastalıkları gelmektedir. Bulaşıcı hastalıklar arasında en sık karşılaşılan ve ölüm oranlarını yükselten malya, leishmaniasis ve sarı humma yaygınlığı 1995 yılında epidemik oranlara ulaşmıştır. Son yıllarda AIDS ve tüberküloz oranları da yükselmiştir (4/12).

Perinatal şartlara ve kardiyovasküler hastalıklara bağlı ölümlerin oranı son yıllarda düşmeye, diğer taraftan, dışsal nedenlere ve neoplazmalara bağlı ölüm oranları yükselmeye başlamıştır (5/5).

Tablo 1: Peru Temel Sağlık Göstergeleri

Toplam Doğurganlık Oranı (2003)	2,8*
Doğuştan Beklenen Yaşam Süresi (Yıl) (Genel) (2003)	70*
Doğuştan Beklenen Yaşam Süresi (Erkek) (2003)	68*
Doğuştan Beklenen Yaşam Süresi (Bayan) (2003)	73*
5 Yaş Altı Ölüm Oranı (Binde) (2004)	29**
Yetişkin Ölüm Oranı (15-60 Yaş) (Binde) (Bayan) (2003)	133*
Yetişkin Ölüm Oranı (15-60 Yaş) (Binde) (Erkek) (2003)	193*
Yıllık Canlı Doğum Sayısı (X1000) (2000)	639*
Anne Ölüm Oranı (100.000'de) (2000)	410*
Kaba Ölüm Oranı (Binde) (2004)	6**
Kaba Doğum Oranı (Binde) (2004)	23**
Bebek Ölüm Oranı (Binde) (2004)	24**

Kaynak: *(2) World Health Organization (2005) World Health Report 2005 Statistical Annex Eplanatory Notes, s:1-3

** (3) Unicef (2006) Statistics, s:3-6

Sağlık hizmetleri kullanımı yeterince iyi değildir. 2000 yılında hastalık ve kazalara maruz kalan ve tedavi görmesi gereken insanların %31'i ekonomik yetersizliklere bağlı olarak sağlık hizmeti alamamışlardır. Bu kişilerin %8'i sağlık kuruluşlarında sağlık hizmeti almak yerine doğrudan eczahanelere veya geleneksel tedavi edicilere başvurmuştur. Toplam olarak, sağlık kuruluşlarında tedavi görmesi gerekenlerin yalnızca %69'u uzman bir sağlık görevlisi tarafından muayene edilebilmiştir (7/51).

II.2.1. Özel Sağlık Sorunları

Nüfusun özel sorunları yaş gruplarına göre şu şekilde gruplandırılabilir:

Çocuklar (0-4 Yaş): 5 yaş altı ölümlerin %42'sinin nedeni olan aşılama ile önlenemeyen hastalıklar, akut solunum yolu enfeksiyonları, intestinal sistem hastalıkları, menenjit, sepsis, malarya ve beslenme bozuklukları ile mücadele amacıyla 1998 yılında Çocuk Hastalıklarının Entegre Yönetimi stratejisi belirlenmiştir. Yoksulluk oranının yüksek olduğu kesimlerde akut ishal, sepsis ve beslenme bozukluklarına bağlı çocuk ölümleri 8-10 kat daha fazladır (5/5).

1986 yılında 5 yaş altı çocuklardaki ishal yaygınlığı %31,9 iken, 1992 yılında %17,9'a ve 2000 yılında %15,4'e düşmüştür. 2000 yılında ishal olan çocukların %68'ine oral rehidrasyon terapisi uygulanmıştır. Kolera vakalarının sayısı da önemli oranlarda düşme eğilimindedir (5/6).

Adölesanlar (10-19 Yaş): 1986-2000 yılları arasında 15-19 yaş arasındaki bayanlarda doğurganlık hızı %16 oranında azalmıştır. 2000 yılında bu yaşlar arası bayanların %15'i anneydi ya da ilk kez hamileydi. Adölesanlar arasında ölüm oranı, genel nüfusa göre daha düşüktür ve ölüm nedenlerinin başında dışsal nedenler gelmektedir (5/6).

Yetişkinler (20-59 Yaş): Bu yaş grubundaki nüfusun ana ölüm nedenlerinin başında bayanlarda uterus ve göğüs kanseri, erkeklerde dışsal nedenler gelmektedir. 1996-2000 yılları arasında modern doğum kontrolü yöntemlerinden faydalanma oranı %41,3'ten %50,3'e yükselmiştir (5/6).

Yaşlılar (60 Yaş ve üzeri): Bu grupta en çok karşılaşılan ölüm nedenlerinin başında akut solunum sistemi hastalıkları gelmekte ve bunu kalp krizi, iskemik kalp hastalıkları ve üriner sistem hastalıkları izlemektedir (6/32).

HIV/AIDS: 2000 yılında kadar ülkede kümülatif toplam ile 11.310 AIDS vakası rapor edilmiştir (5/5). 2003 yılında ülkedeki HIV taşıyıcısı sayısının 82.000 olduğu tahmin edilmektedir. 15-49 yaş arası nüfusta HIV yaygınlığı %0,3'tür (3/4).

Vektör Kaynaklı Hastalıklar: 2000 yılında 2,5 milyon insanın malarya bulaşma riski ile karşı karşıya olduğu tahmin edilmekteyken aynı yıl, yıllık parazit indeksi %0,27'dir. 1995 yılında P.Falciporum vakası %19,7 iken, 2000 yılında %30,2'ye yükselmiştir (5/6).

Tüberküloz: Tüberküloz yaygınlığı 1992 yılından beri düşme eğilimindedir. Tüberküloz oranı 2000 yılında 100.000'de 155'tir. HIV ile birlikte Tüberküloz hastalığı bulunanların oranı 100.000'de 2,2'dir (5/6).

Aşılama ile önlenemeyen hastalıklar: 2000 yılında 102 akut flaccid paraliz vakası rapor edilmiştir. 1992 yılındaki sahlından bu yana kızamığa bağlı ölüm bildirilmemiş olup, 2000 yılında yapılan taramada 5,256 şüpheli kızamık-rubella vakasından, yalnızca 1 kızamık vakasının doğruluğu teyit edilmiştir. Aynı yıl 10 adet neonatal tetanoz vakası bildirilmiş olup bu sayı 1995 yılında 94'tür. Ayrıca 2000 yılında bildirilen 41 şüpheli sarıhumma vakasından 7'sinin doğru olduğu onaylanmış ve 4'ü ölümle sonuçlanmıştır (5/6).

Aynı yıl 1.148 adet Hepatit-B vakası bildirilmiştir. 1990 yılından beri Genişletilmiş Aşılama Programı kapsamında aşılama düzeyi %90'a yükselmiştir (5/6).

Beslenme Bozuklukları Ve Metabolik Hastalıklar: 2000 yılında 5 yaş altı çocuklardaki anemi oranı %50 (1996 yılında %57 idi); 15-49 yaş arası kadınlarda %30 (1996 yılında %34'tü)'dur (5/7).

Dolaşım Sistemi Hastalıkları: 1986 ve 1997 yılları arasında dolaşım sistemi hastalıklarına bağlı ölüm oranı 100.000'de 132,7'den 104,9'a düşmüştür. 1998-1999 yıllarında, hiperkolestrol oranı erkeklerde %30,2, kadınlarda %24,2'dir ve arteriyel hipertansiyon oranı erkeklerde %17,5, kadınlarda %9,2'dir (5/7).

Malign Neoplazmalar: Malign neoplazmalara bağlı ölüm oranlarında 1987 ve 1997 yılları arasında önemli bir değişiklik olmamıştır. Ancak kansere bağlı ölüm oranı %9'dan %14,2'ye yükselmiştir. Ayrıca tümörlere bağlı potansiyel yaşam yılı kaybı %33,4 oranında artmıştır. Kadınlarda en çok uterus, mide ve diğer sindirim sistemi organı kanseri görülürken, erkeklerde görülen kanserlerin başında mide, akciğer ve prostat gelmektedir (5/7).

II.3. Sağlık Sisteminin Örgütlenmesi

II.3.1. Kamu Sektörü

Peru sağlık sisteminde, kamu alt sektörü Sağlık Bakanlığı, sosyal güvence sistemi Es Salud, silahlı kuvvetlere ve polis teşkilatına ait sağlık hizmetlerinden oluşmaktadır. Kamu alt sektöründe yer alan kuruluşlar hep birlikte ülkedeki hastahanelerin %51'ine, sağlık merkezlerinin %69'una ve sağlık evlerinin %99'una sahiptir. 1997 yılına kadar sağlık hizmetlerinin sunumu Es Salud kapsamında olanlar için, kamu alt sektörünün tekelindeydi. Bu tarihten sonra, bu kapsamdakilerde özel sektör kuruluşlarından, küçük çaplı sağlık hizmetleri ihtiyaçlarının karşılanmasında faydalanabilmeye başlamıştır (5/8).

Sevk zinciri düzensizdir, kamu birimlerinde eşgüdüm ve denge yoktur.

II.3.1.1. Sağlık Bakanlığı

Sağlık Bakanlığı, sağlık sektöründe yönlendirici bir rolü bulunmaktadır. Sağlık sektöründeki faaliyetlerin düzenlenmesi amacıyla teknik prosedürlerin, standartların oluşturulması ve sektöre rehberlik eden politikaların belirlenmesi Sağlık Bakanlığının sorumluluğundadır (7/50).

Sağlık Bakanlığı, Es Salud ve diğer özel sigortaların kapsamında olmayan yoksul insanlar için birincil sağlık hizmeti sunucusudur.

Sağlık Bakanlığının merkezi yapısı yüksek düzey yönetim, denetim, danışmanlık, destek ve rehberlik hizmetlerinin yürütüldüğü birimler şeklinde örgütlenmiştir. Üst düzey yönetimin başında Bakan ve Bakan Yardımcısı bulunmaktadır. Denetim ve danışmanlık hizmetleri kapsamındaki birimler; Planlama, Resmi Danışmanlık Hizmetleri, Epidemiyoloji, Finansman-Yatırım ve Uluslararası İlişkiler Birimi'dir.

Destek hizmetleri, Yönetim ve İstatistik ile Bilişim birimleri tarafından yürütülmektedir. Rehberlik hizmetlerinde Sağlık Hizmetleri, Çevre Sağlığı, Tedavi Malzeme ve İlaç birimleri bulunmaktadır.

Sağlık Bakanlığı'na bağlı iki tür özel hizmet birimi bulunmaktadır. Bunlardan birincisi özel dal merkezleridir ve Akıl Sağlığı, Rehabilitasyon, Çocuk Sağlığı, Neoplastik Hastalıklar, Nörolojik Bilimler, Oftalmoloji ve Ana Sağlığı bölümlerinden oluşmaktadır. İkincisi Bölgesel Sağlık Bölümleri'dir. Bu kuruluşlar denetim, hijyen kontrol ve bölgelerdeki sağlık hizmetlerinin sunumu görevlerini yerine getirmekte ve isimleri bölgeden bölgeye farklılık göstermektedir. Kamu alt sektöründe yer alan ve Sağlık Bakanlığı ile koordineli olarak çalışan yerinden yönetim kuruluşları bulunmaktadır. Bunlar; Ulusal Sağlık Kuruluşu, Ulusal Okul Sağlığı Kuruluşu, Ulusal Geleneksel Tıp Kuruluşu, Ulusal Çevre Koruma Kuruluşu ve Sağlık Hizmet Sunucuları Şefliği'dir.

Genel Sağlık Yasası'na göre Sağlık Bakanlığı sağlık sisteminin en büyük otoritesidir. Bu yasaya göre devlet tüm nüfusa halk sağlığı hizmetlerinin sunulmasından sorumludur. Ayrıca özel sigorta veya sosyal güvenlik kapsamında olmayan yoksul kişilere sağlık hizmetlerinin sunulması da devletin sorumluluğundadır. Devlet bu sorumluluklarını Sağlık Bakanlığı aracılığıyla yerine getirmektedir. Genel Sağlık Yasası ile Sağlık Bakanlığı'na, yapısı ve yönetim biçimi ne olursa olsun tüm sağlık kuruluşlarının ve sağlık hizmetlerinin düzenli olarak değerlendirilmesi, denetlenmesi ve hesaplarının kontrol edilmesi yetkisi verilmiştir. Ancak Bölgesel Sağlık Bölümleri'ne verilmiş olan bu görev, kaynak sıkıntısı sebebiyle düzenli olarak yerine getirilememektedir. Sağlık Bakanlığının denetleme ve kontrol işlemleri öncelikle bütçe ve hesaplara yöneliktir. Es Salud ile ilgili olarak, Sağlık Bakanlığı, sağlık kuruluşlarının akreditasyon işlemleri dışında denetleme ve kontrol yapamamaktadır.

Halk Sağlığı Okulu, Sağlık Bakanlığının insan kaynaklarının yönetiminden sorumlu birimdir ve 2001 yılında yeniden yapılanma sürecine girmiştir. Sağlık Bakanlığı'na bağlı olarak 1998 yılında kurulan Sağlık Kuruluşlarının Akreditasyonu Birimi, tüm alt sektörler için akreditasyon standartlarını belirlemektedir.

Sağlık teknolojisinin değerlendirilmesi ile ilgili ulusal bir kuruluş bulunmaktadır (8/6,11,12).

II.3.1.2. Sosyal Güvence Sistemi: Es Salud ve EPS

Sosyal güvence sistemi Es Salud'a bağlı 321 sağlık kuruluşu bulunmaktadır. Es Salud resmi kuruluşlarda çalışanları kapsamına almaktadır ve Es Salud'a bağlı sağlık kuruluşları ağırlıklı olarak kentsel bölgelerde bulunmaktadır (8/5).

Peru'da sosyal güvence 20. yüzyılda gelişmeye başlamıştır. 1980 yılında Peru Sosyal Güvenlik Enstitüsü (IPSS) kurulmuştur. Tipik bir Latin-Amerikan sosyal güvence sistemi olan IPSS devletten, işverenlerden ve çalışanlardan alınan katılımlarla (prim vb.) finanse edilen otonom ve desantralize bir kuruluş olup, emeklilik maaşı ödenmesi ve sigortalılara sağlık hizmeti sunulması gibi iki temel fonksiyonu bulunmaktadır.

Bu amaçla IPSS ve önceki sosyal güvence kuruluşları ülke genelinde sağlık evlerinden büyük Devlet Hastahanelerine kadar geniş bir sağlık hizmetleri ağı kurmuşlardır.

Sağlık sektöründeki reformlar kapsamında IPSS, günümüzdeki sağlık sosyal güvenlik sistemi Es Salud'a dönüştürülmüş, ayrıca sosyal güvenlik sisteminin destekleyen Sağlık Hizmeti Sunucuları (Entidades Prestadoras de Salud: EPS) alt sistemi oluşturulmuştur. Böylelikle oluşan yeni sosyal güvence sisteminde sigortalılar isteklerine göre Es Salud veya EPS kapsamına girebilmektedir.

Es Salud'u tercih edenler işverenlerinin ödedikleri katkılarla, Es Salud'a bağlı sağlık hizmeti kuruluşlarının sunduğu sağlık hizmetlerinden yararlanırlar.

Gönüllü sigorta esasına göre EPS'yi tercih eden çalışanlar (resmî olmayan kuruluşlarda çalışanlar ve serbest meslek sahipleri de dahil olmak üzere), EPS ile anlaşmalı özel sektör sağlık kuruluşlarının sundukları anlaşma kapsamındaki sağlık hizmetlerinden faydalanabilmektedir. Bu tür hizmetler birincil sağlık hizmetlerini kapsamakta, ikincil ve üçüncül sağlık hizmetleri dâhil Es Salud'a bağlı sağlık kuruluşları tarafından sunulmaktadır (9/6-9).

II.3.1.3. Silahlı Kuvvetler Ve Polis Teşkilatı

Silahlı Kuvvetler ve Polis Teşkilatı'na ait toplam 158 sağlık kuruluşu bulunmakta olup, bunların 20'si hastahane, 81'i sağlık merkezi ve 57'si sağlık evidir. Silahlı Kuvvetler ve Polis Teşkilatı'na bağlı kuruluşlarında sunulan sağlık hizmetleri yalnızca kuruluş çalışanlarına ve ailelerine yöneliktir (8/5).

II.3.2. Özel Sektör Ve Kâr Amaçsız Sağlık Kuruluşları

II.3.2.1. Özel Sektör Sağlık Kuruluşları

Özel sektör alt sektörün, sağlık ve özel sağlık sigortası hizmetleri sunmaktadır. Özel sağlık kuruluşları çoğunlukla kliniklerden, muayenehanelerden ve sağlık evlerinden oluşmakta olup, genellikle önemli şehirlerde yoğunlaşmıştır, yaygın değildir (8/5,6).

Ayrıca Peru'da yazılı kurallara dayandırılmış olmasa da, kamu sektöründe çalışan sağlık çalışanları (doktorlar, hemşireler, ebeler vs.) ek gelir elde etmek amacıyla özel sağlık hizmetleri de sunmaktadır. Bu hizmetler özel sağlık kuruluşlarında olabildiği gibi, kamu kuruluşlarında da sunulabilmektedir (10/1,2).

II.3.2.2. Kâr Amaçsız Sağlık Kuruluşları

Kâr amacı gütmeyen sağlık kuruluşlarının sayısı fazla değildir. Özel alt sektörde kâr amacı gütmeyen kuruluşlara ait 12 hastahane, 104 sağlık merkezi ve 16 sağlık evi bulunurken, kâr amacı güden özel sağlık kuruluşları 224 hastahane, 440 sağlık merkezi ve 16 sağlık evinden oluşmaktadır (8/5).

II.4. Sağlık Hizmetlerinin Sunumu

II.4.1. Koruyucu ve Birincil Sağlık Hizmetleri

Koruyucu sağlık hizmetleri kapsamında şu çalışmalar yürütülmektedir: Doğrudan gözlem ve tedavi yöntemiyle "Tüberkülozun Durdurulması", polio ve kızamığın ortadan kaldırılması, neonatal tetanosun yok edilmesi, Çocuk Hastalıklarının Entegre Yönetimi, "Malaryanın Azaltılması", lepranın yok edilmesi, Triatomanın ortadan kaldırılması ve Chagas'ın yayılmasının önüne geçilmesi, güvenli kan transferi ve diğer önemli hastalıkların önlenmesi ve kontrolü. Ulusal epidemiyolojik sürvelans sisteminde 3.500 hastalık bildirme merkezi bulunmaktadır. Halk sağlığı laboratuvarları ağında 16 bölgesel laboratuvar ve bu laboratuvarların önemli hastalıklar için teşhis hizmetleri sunma kapasitesi bulunmaktadır.

1994'ten beri Herkese Temel Sağlık Hizmetleri Programı kapsamında, çocuklar, adölesanlar, üreme çağındaki bayanlar ve Sağlık Bakanlığı tarafından tanımlanan diğer kişiler için temel sağlık hizmetleri sunulmaktadır. 1997 yılından beri kamu tarafından Okul Sağlığı Sigortası ve 1998 yılından beri gebelik, doğum ve lohusalık döneminde anneleri ve 2 yaşına kadar çocukları kapsamına alan Ana ve Çocuk Sağlığı Sigortası uygulanmaktadır.

Temel sağlık hizmetlerinin sunumunda yerel (yerinden) yönetimlerin ve yoksulluk düzeyinin yüksek olduğu bölgelerde birincil sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesine çalışılmaktadır. 1997 yılında kamu sağlık harcamalarının %62'si sağlık merkezlerine ve sağlık evlerine tahsis edilmiştir (5/8,9).

Sağlığın desteklenmesi, koruyucu-destekleyici sağlık hizmetleri, sosyokültürel faktörler ve toplumsal katılım konuları dikkate alınarak sağlık hizmetlerinin sunumu yeniden düzenlenmiştir. 30 adet il ve ilçe belediyesinde merkezi ve bölgesel "Sağlıklı Toplum" ağı oluşturulmuştur. Bu ağda şu dört temel alana öncelik verilmektedir: Sağlıklı ve güvenli annelik, aile-içi şiddetin önlenmesi ve kontrolü, yaşlı bakım hizmetleri ve çevre sağlığı (8/17).

Sağlık sistemi bütünlük göstermemekte, veriler yetersiz kalmaktadır (8/17).

II.4.2. İkincil Ve Üçüncül Sağlık Hizmetleri

Bir kişilik nüfusa düşen hasta yatağı sayısı 1,17'dir. Bu oran kamu sektörü için 0,93 özel sektör için 0,24'tür (8/10).

Kamu sektörü, verilen sağlık hizmetinin birincil, ikincil ve üçüncül düzeyine göre örgütlenmiştir ancak değişik kademelerdeki tedavi hizmetleri arasında etkili bir servis zinciri kurulamamıştır (5/9).

Sağlık Bakanlığı kuruluşlarına geriatrik hizmetlere hemen hemen hiç önem verilmemektedir. Çok az sayıdaki hastahanedeki geriatri bölümleri bulunmakta, bu bölümlerin fonksiyonları da, ayakta tedavi uygulamalar ve bazı uzmanlık alanlarının konsültasyon isteklerine cevap verilmesi ile kısıtlı kalmaktadır. Hastahane hizmeti alması gereken geriatri hastaları dahiliye bölümlerine yönlendirilmektedir. Dahiliye bölümlerine ait hasta yataklarının %30-40'ı geriatri hastaları tarafında işgal edilmektedir.

Sağlık Bakanlığı'nın hastahanelerinin çoğunda rehabilitasyon hizmetleri verilmektedir. Tüm topluma rehabilitasyon hizmeti sunan rehabilitasyon merkezleri bulunmakta olup, bu merkezlerin en önemlisi Peru Ulusal Rehabilitasyon Kuruluşu'dur.

Es Salud ve Silahlı Kuvvetler'de farklı düzeylerde geriatrik bakım bölümleri oluşturmaya başlamışlardır. Ayrıca merkezi kuruluşlarda rehabilitasyon hizmetleri sunmaktadırlar (6/37,38).

Hastahanelerle ilgili yeterli ve güvenilir veri bulunmamaktadır (8/10, 8). Tablo 2'de ülkedeki hastahaneler ve ait oldukları kurumların dağılımı gösterilmektedir (8/5).

Tablo 2: Hastahaneler Ve Ait Oldukları Kurumlara Göre Dağılımları

Ait Olduğu Kurum	Hastahane Sayısı
Kamu Alt Sektörü	
Sağlık Bakanlığı	139
Es Salud	91
Silahlı Kuvvetler ve Polis Teşkilatı	20
Ara Toplam	250
Özel Alt Sektör	
Kâr Amacı Olan	224
Kâr Amacı Olmayan	12
Ara Toplam	236
Genel Toplam	486

Kaynak: (8) Lachs (2001) Health Services System Profile of Peru s:5

II.5. Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı Ve Harcamaları

II.5.1. Sağlık Hizmetlerinde Arzın Finansmanı

Peru'da sağlık hizmetleri, sağlık sektöründe yer alan iki ana alt sektör tarafından sunulmaktadır: Kamu alt sektörü ve özel alt sektör. Kamu alt sektörü Sağlık Bakanlığı, sosyal güvence sistemi Es Salud ve EPS, Silahlı Kuvvetler ve Polis Teşkilatı'ndan oluşmaktadır (7/50).

Sağlık hizmetlerinin arzında en büyük finansman kaynağı Sağlık Bakanlığı'dır. Sağlık Bakanlığı'nın finansman kaynağı bütçeden sağlığa ayrılan pay, hizmet sunumunda kullanıcılardan alınan ücretler ve dış kaynaklardır.

Sağlık hizmetlerinin sunumunun finansmanında Devlet kaynakları, Sağlık Bakanlığı ve Bölgesel Sağlık Bölümleri aracılığıyla aktarılmaktadır. (8/13,14).

Ulusal Sağlık Hesapları'na göre 2000 yılında Peru'da, bütçeden sağlığa ayrılan pay GSMH'nin %4,8'idir (7/50).

1998-1999 yılları arasında toplam 102 sağlık projesi uluslararası teknik anlaşmalar kapsamında finanse edilmiştir ve bu finansman kaynağı toplam 452 Milyon ABD \$'ına ulaşmıştır (5/9).

1990'lı yıllarda gerçekleştirilen reform sürecinde Peru hükümeti sosyal politika alanındaki çalışmalarda kendi kaynaklarını kullanmıştır. Kısa bir süre sonra uluslararası finans kuruluşları sağlık reformlarında doğrudan rol oynamaya başlamıştır. Peru sağlık reformunun finansal olarak desteklenmesinde en önemli rolü Inter-Amerikan Kalkınma Bankası'nın (Inter-Amerikan Development Bank-IDB) oynadığı söylenebilir. IDB, Sağlık Hizmetlerinin Güçlendirilmesi Programı'nda Japonya ile işbirliği yapmıştır. Bu Program 1990'lı yıllar boyunca Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülen sağlık reformuna öncülük etmiştir. Bu projenin 68 milyon ABD doları, IDB, 20 milyon ABD doları, Japonya Denizaşırı Ekonomik İşbirliği Fonu ve 10 milyon ABD doları, Peru'nun devlet hazinesinden finanse edilmiştir (4/17).

Sağlık Bakanlığı tarafından, sağlık hizmetlerinin arzında kullanılan finansman kaynaklarının %80'ini devlet hazinesi, %16'sını kullanıcılardan alınan ücretler, %2'sini dış borçlar ve %2'sini yardımlar ve bağışlar oluşturmaktadır.

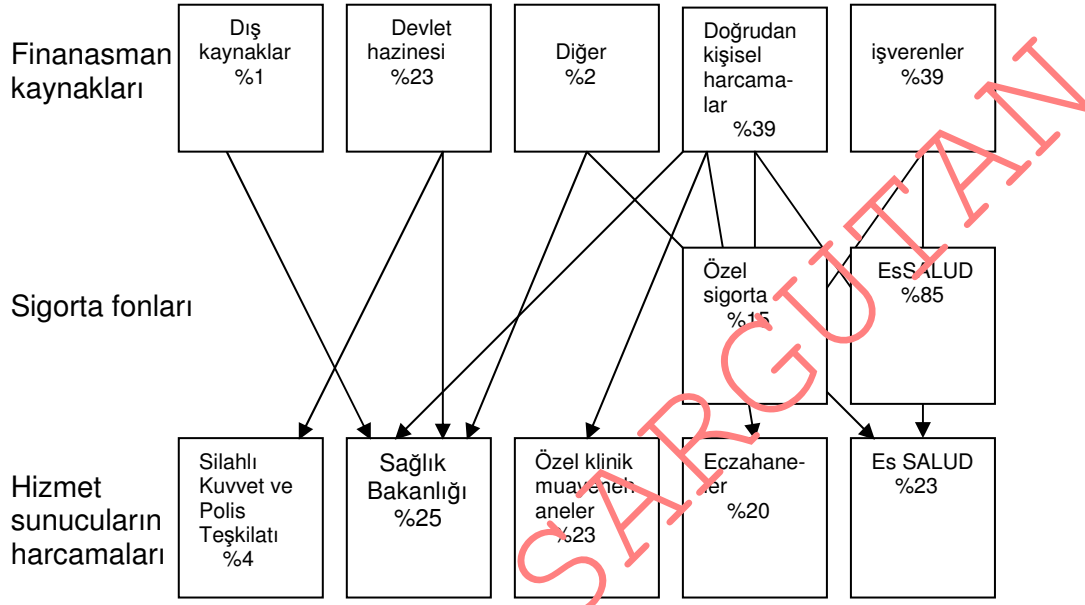
Es Salud ve özel alt sektör, sağlık hizmetlerinin arzının finansmanında Sağlık Bakanlığı'ndan sonra ikinci büyük finansman kaynaklarıdır. Es Salud'un finansman kaynağını işverenlerden ve işçilerden alınan katkılar (prim vb.), özel sektörün finansman kaynağını gönüllü sağlık sigortası primleri oluşturmaktadır (7/51).

Ayrıca özel sektör kaynaklarına, hizmet kullanıcılarının yaptıkları kişisel doğrudan (cepten) harcamalar (ödemeler) de dahildir (8/13).

Silahlı Kuvvetler ve Polis Teşkilatı, sağlık hizmetlerinin arzının finansmanında kaynakların %4'ünü sağlamaktadır. Silahlı Kuvvetler ve Polis Teşkilatı'nın sağlık hizmeti finansman kaynağı Devlet Hazinesidir. Şekil 1'de sağlık hizmetlerinin arzının finansman kaynakları ve kaynakların sunucular arasındaki dağılımı %'sel olarak gösterilmektedir (7/51).

Sağlık hizmetlerinin arzında, kaynakların %83'ü sağlık hizmetlerinin sunumu (insan kaynakları, sağlık hizmetleri ve malzemeler) için kullanılmaktadır(8/14).

Tablo 3'te Sağlık Bakanlığı ve Es Salud tarafından sağlanan finansman kaynaklarının, çeşitli sağlık hizmetlerinin arzında kullanım oranları gösterilmektedir.

Şemal 1: Sağlık Hizmetlerinin Arzının Finansman Kaynakları

Kaynak: (7) Eldis (2004) Exclusion in Health in Latin America and the Caribbean s:51

Tablo 3: Sağlık Bakanlığı ve Es Salud Tarafından Yapılan Sağlık Harcamaları

Açıklama	Sağlık Bakanlığı	Es Salud	Sektör Toplamı
Sağlık Hizmetlerinin Sınımı*	60,2	66,2	55,6
İlaçlar	6,6	10,5	27,8
Yönetim ve Düzenleme	22,5	6,3	7,9
Sosyal Güvenlik Planlarının Yönetimi	-	9,7	2,4
Sağlıkla İlgili Diğer Hizmetler**	2,1	-	1,7
Yatırımlar	8,6	5,2	4,7
Toplam %	100	100	100

Kaynak: (8) Lachs (2001) Health Services System Profile of Peru s:14

*:Son ve Ara Hizmetleri İçermektedir

**::Sağlık ve İnsan Kaynakları Eğitimini İçermektedir

II.5.2. Sağlık Hizmetlerinde Talebin Finansmanı

Sağlık Hizmetlerinde talebin ana finansman kaynakları doğrudan ve dolaylı kişisel harcamalar (hane halkı), işçiler adına işverenlerin ödedikleri katkılar ve devlettir. Hane halkının finansmandaki payı, 1995-1998 yılları arasında işçilerin maaşlarının %9'u oranındaki Sosyal Güvence katkılarının %6'ya düşürülmesine bağlı olarak azalmıştır. Sonrasında işverenlerin ödedikleri katkı oranları %6'dan %9'a çıkarılmış ve işverenlerin finansmandaki payı artırılmıştır. Hane halkı, sağlık hizmetlerinin talebinde en büyük finansman kaynağıdır (%39). Hane halkı kaynaklarının çoğu, herhangi bir sağlık hizmeti kullanmaksızın doğrudan ilaçlara ve sonrasında özel veya kamu sağlık hizmeti ödemelerine gitmektedir.

İşverenler, çalıştırdıkları işçilerin aylık maaşlarının %9'u oranında Es Salud'a prim ödemesi yapmaktadırlar (8/13,15).

Ayrıca işçiler ve çeşitli sektörlerde bağımsız olarak çalışanlar da gönüllü olarak Es Salud veya EPS kapsamına girebilirler ve değişik oranlarda primler öderler (9/19).

Silahlı Kuvvetler ve Polis Teşkilatı'nda çalışanlar ve birinci derece yakınları herhangi bir ödeme yapmaksızın sosyal güvenlik kapsamına girmektedirler. Silahlı Kuvvetler ve Polis Teşkilatı devlet tarafından finanse edilmektedir (8/15).

Sağlık hizmetlerinde talebin finansmanında en büyük finansman kaynağını %39'la hane halkı ve ayrıca işverenler oluşturmaktadır. Devletin finansman kaynağındaki payı %23'tür. %3'lük kısmını dış kaynaklar ve diğerleri oluşturmaktadır. Sosyal Güvence tarafından yapılan finansmanın %85'ini Es Salud, %15'ini EPS ve özel sigorta kaynakları oluşturmaktadır (7/51).

II.5.3. Toplam Sağlık Harcamaları

Tablo 4'te çeşitli kuruluşların yaptıkları sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içindeki oranları gösterilmektedir.

Tablo 4: Toplam Sağlık Harcamalarının Kuruluşlara Dağılımı (%)

ARZ HARCAMALARI	1995	1998
Sağlık Bakanlığı	26,1	27,9
Diğer Kamu Kuruluşları (Çoğunlukla Belediyeler)	0,8	0,4
Silahlı Kuvvetler ve Polis Teşkilatı	5,1	3,8
Es Salud	23,8	25,1
Özel Sektör (Kâr Amacı Olan)	16,0	18,6
Özel Sektör (Kâr Amacı Olmayan)	1,5	1,7
Eczahaneler	26,6	22,5
Toplam %	100	100

Kaynak: (8) Lachs (2001) Health Services System Profile of Peru s:13

Peru'nun bazı ulusal sağlık hesapları göstergeleri Tablo 5'te verilmektedir

Tablo 5: Bazı Ulusal Sağlık Hesapları Göstergeleri

Toplam Sağlık Harcamaları	
Toplam Sağlık Harcamalarının GSMH'ya oranı	4,4
Kişi Başına Düşen Toplam Sağlık Harcaması (ABD \$)	93
Kamu Sağlık Harcamaları	
Kamu Sağlık Harcamalarının Toplam Sağlık Harcamalarına Oranı (%)	49,9
Kamu Sağlık Harcamalarının Toplam Kamu Harcamalarına Oranı (%)	12,4
Kişi Başına Düşen Kamu Sağlık Harcaması (ABD \$)	47
Kamu Sağlık Harcamalarının Finansal Kaynakları	
Sosyal Güvenlik Sağlık Harcamalarının Toplam Kamu Harcamalarına Oranı (%)	42,9
Sağlıkla İlgili Dış Kaynakların Toplam Sağlık Harcamalarına Oranı (%)	4,6
Özel Sağlık Harcamaları	
Özel Sağlık Harcamalarının Toplam Sağlık Harcamalarına Oranı (%)	50,1
Özel Sağlık Harcamalarının Finansal Kaynakları	
Ön-Ödemeli Planların Özel Sağlık Harcamalarına Oranı (%)	17,2
Kişisel Doğrudan (cepten) Ödemelerin Özel Sağlık Harcamalarına Oranı (%)	79,40

Kaynak: (11) WHO (2002) Key Health Expenditures Indicators s:4

2002 yılında yapılan Ulusal Sağlık Hesapları araştırmasına göre Peru'da GSMH'dan sağlığa ayrılan pay %4,4'tür (11/4).

Bu oran, yaklaşık %8 olan Latin Amerika ortalamasının oldukça altındadır ve kamunun artan sağlık ihtiyaçlarını karşılamakta çok yetersizdir (7/50).

II.6. İlaç Kullanımı

Peru ilaç pazarında baskın olan, ithal edilen hazır ilaçlardır. Bu ilaçlar çoğunlukla özel sektör tarafından satın alınmaktadır. Diğer taraftan kısmen jenerik ilaçlar da üretilmekte ve çoğunlukla özel sektör ve kamu sektörü tarafından tüketilmektedir. Önde gelen ithalatçı kuruluşlar: Abeeffe, Bristol Mayers, Squibb, Pfizer, Roche ve Glaxosmithkline'dir. Önde gelen yerel ilaç üreticileri ise: Farmindustria, Infarmasa Birliği, Mediforma ve Medco Birliği'dir.

2003 yılında ilaç ithalatı 213 Milyon ABD Doları'na ulaşmıştır. Bu miktar üretici fiyatlarıyla özel sektör ilaç sunumunun %67'sini oluşturmaktadır. Amerika Birleşik Devletleri 24 Milyon ABD Doları ile lider ilaç satıcısıdır. ABD'yi 23 Milyon ABD Doları ile Kolombiya takip etmektedir. 2003 yılında, yurt içi ilaç üreticileri ilaç pazarının %29,1'ine sahiptir.

Kalan kısmın %31'üne ABD, %26,5'ine Avrupa ve %13,1'ine Latin Amerika sahiptir. Alt yapı eksikliklerine bağlı olarak ihracat önemsiz düzeyde kalmaktadır.

Yurtiçi üreticileri ve yabancı ithalatçılar ilaç dağıtım kanallarını tekellerine almışlardır. Bu kuruluşlar ilaçların pazar değerinin %25'ini ve pazar hacminin %33'ünün doğrudan dağıtımını yapmaktadırlar. Dolaylı olarak da güçlü dikey sistemler oluşturmuşlardır. Ancak eczahane zincirleri ve bağımsız eczahanelerin kurdukları birlikler, pazardaki konumlarını güçlendirmekte ve pazar paylarını artırmaktadırlar. Bu, önümüzdeki yıllarda ilaç fiyatlarının kontrol altına alınabileceği anlamında yorumlanmaktadır.

Latin Amerika ülkeleri içinde, ilaç fiyatlarının en yüksek olduğu ülke Peru'dur. Ancak markalı olmayan jenerik ilaçların piyasaya girişinin artması ve eczahane zincirlerinin ve birliklerinin baskılarının artmasıyla ilaç fiyatları son yıllarda istikrarlı biçimde düşmeye başlamıştır (12/3,4).

Peru'nun ulusal bir ilaç politikası yoktur. Yalnızca Genel Sağlık Yasası'nın bir bölümünde ilaç ürünleri ve doğal terapötik kaynakların kayıt altına alınması, ithalatı, pazarlanması, kalitesi ve ilaçların kullanımından bahsedilmektedir.

1998 yılında Ulusal Temel İlaçlar Listesi yeniden düzenlenmiş ve onaylanmıştır. Sonrasında, Ocak 2001'de yeni listenin düzenlenip onaylanması önerilmiş ancak yapılamamıştır. 1998 ilaç listesinde 330 farklı aktif içerikli ilaç yer almaktadır ve bu ilaçların kullanılması Sağlık Bakanlığı kuruluşları için zorunludur. Es Salud'un kendi ilaç listesi bulunmaktadır ve bu listedeki ilaçların %75'i Sağlık Bakanlığı'ninki ile uyumludur. Nüfusun temel ilaçlara erişimi hakkında yeterli ve güvenilir veri bulunmamaktadır, ancak 1999 yılında yapılan bir araştırmaya göre Sağlık Bakanlığı tarafından sunulan sağlık hizmetlerinden faydalanan hastaların %65'i reçete edilen temel ilaçları kullanabilmektedir. Geriye kalan %35'lik kısmı satın alma gücünün olmamasına bağlı olarak ilaçları alıp kullanamamaktadır (8/9,10).

II.7. Sağlık İnsangücü

1992 ve 1996 yılları arasında, tüm sağlık meslek gruplarında sağlık çalışanlarının sayısında artış olmuştur. Bu yıllar arasında 10.000 nüfusa düşen hekim sayısı 7,6'dan 10,3'e; uzman hemşirelerin sayısı 5,2'den 6,7'ye; diş hekimlerinin sayısı 0,7'den 1,1'e; kadın doğum uzmanlarının sayısı 1,1'den 2,1'e yükselmiştir. Sağlık insangücü merkezi bölgelerde yoğunlaşmış olup, bölgeler arasındaki dağılım dengesizdir. 1992 ve 1999 yılları arasında Sağlık Bakanlığı'na bağlı olarak çalışan hekim sayısı 7.557'den 11.157'ye, Es Salud'a bağlı hekim sayısı 3.473'den 5.237'ye yükseltilmiştir.

Ülkede 1990 yılında 14 olan tıp fakültesi sayısı, 2000 yılında 27 olmuştur. 2000 yılında toplam 43 hemşirelik okulu bulunmaktadır. Ayrıca Master düzeyinde 21 Halk Sağlığı programı olup, 11 temel alanda eğitim verilmektedir (13/7).

Ülkede uzman hekim sayısı az, yurtdışına göç sebebiyle hekim ve hemşire sayısı düşmektedir. Personel maaşları düşürülmüş, performans prim sistemi getirilmiştir.

Tablo 6: 10.000 Nüfusa Düşen Çeşitli Sağlık Personeli Sayıları 1992-1999

Kaynak Tipi	1992	1996
Hekim	7,3	10,3
Hemşire	4,9	6,7
Diş Hekimi	0,6	1,1
Orta Düzey Laboratuar Teknisyeni	0,9	1,1
Eczacı	0,2	0,3
Radyoloji Uzmanı	0,1	0,2

Kaynak: (8) Lachs (2001) Health Services System Profile of Peru, s:7

Tablo 6'da, bir başka kaynağa göre, 1992 ve 1996 yıllarına ait 10.000 nüfusa düşen çeşitli sağlık personeli sayıları verilmiştir. Finansal yetersizlikler sebebiyle 2000 yılında yapılması planlanan Üçüncü Sağlık Sektörü Alt Yapı Ve İnsan Kaynakları Sayımı yapılamamıştır (8/7).

Tablo 7'de Sağlık Bakanlığı ve Es Salud'a bağlı olarak çalışan çeşitli sağlık personeli sayıları gösterilmektedir.

Tablo 7: Sağlık Bakanlığı Ve Es Salud'a Bağlı Olarak Çalışan Çeşitli Sağlık Personeli Sayısı, 1999

Kurum	Toplam Personel	Pratisyen	Hemşire	İdari Personel	Hizmetli
Sağlık Bakanlığı	84.632	11.157	9.682	11.261	9.886
Es Salud	31.631	5.237	5.259	10.235	-
Toplam	115.293	16.394	15.121	21.496	-

Kaynak: (3) Lachs (2001) Health Services System Profile of Peru, s:8

II.3. Sağlık Teknolojisi Ve Ekipmanı

Sağlık Bakanlığı verilerine göre 1995 ve 1998 yılları arasında alınıp, sağlık hizmetler ağına dağıtılan 8.315 ileri teknoloji ekipmanın %15'i kullanılmaz duruma gelmiştir. 2002 yılı itibarıyla bu oranın, ekipmanların 4-7'si yıllık kullanımları sonucu en fazla kullanım süresini doldurmaları nedeniyle, %42'ye yükseldiği tahmin edilmektedir. Sağlık Bakanlığı'nın ekipmanların ve cihazların bakım ve onarımına ayırdığı bütçe, hastahanelerde her hasta yatağı başına günlük olarak ortalama 1,14 ABD \$'dır (0,69 ABD \$'ı ve 1,88 ABD \$'ı arasında değişmektedir).

Oysa bu bütçenin tahmini olarak 4,73-11,59 ABD \$'ı arasında olması lazımdır ve ayrılan bütçe gerekenin çok altındadır. Sağlık Bakanlığı'nın tıbbi ekipman ve cihazların teknolojik yönetim kapasitesinin güçlendirilmesine çalışılmaktadır. Yüksek teknolojlili ekipmanın özel ve kamu sektörü ile bölgeler arasındaki dağılımı arasındaki bir bilgiye ulaşılamamaktadır (8/10,11).

II.9. Ulusal Sağlık Politikası Ve Sağlık Reformu

Peru'da 1990'lı yıllarda gerçekleştirilen sağlık reformları makro politik yönden ele alındığında, bu reformlara "ikinci reform dalgası" denilebilir. Bu reformlar ülkede, sosyal hizmetlerin sunumunda etkinlik ve eşitlik amaçlarının gerçekleştirilmesi yönünde, tüm kamu kuruluşlarını içine alan bir reform çalışması kapsamında yapılan ekonomik düzenlemeleri takip etmektedir. Peru'da yürütülen reformlarda uluslararası finans kuruluşlarının ve tek taraflı yardım kuruluşlarının önemli katkıları olmuştur. Ayrıca sağlık reformu, Latin Amerika bölgesindeki politik demokratikleşme ve Peru'daki görünürde liberalleşme çalışmalarına rastlanmıştır.

Sonuç olarak, Peru'da 1990'larla başlanan sağlık reformu çalışmalarını etkileyen üç ana makro politik faktör bulunmaktadır: Bölgesel ve ulusal yapısal düzenlemelerin rolü, uluslararası finans kuruluşlarının etkisi ve demokratikleşme süreci (4/13).

Sağlık Bakanlığı'nın faaliyetleri, sağlık sektörünün reform sürecinin temellerini belirleyen 1995-2000 Sağlık Politikası Rehberi ışığında yürütülmektedir. Bu Rehber'de belirtilen 5 yönlendirici prensip şunlardır:

- Sağlık sektörünün modernizasyonu
- Finansman fonksiyonlarının yeniden yapılandırılması
- Denetim ve düzenleme
- Öncelikli sağlık sorunlarının önlenmesi ve kontrolü
- Sağlıklı yaşam koşullarının ve yaşam tarzlarının desteklenmesi (5/8).

Peru'da sağlık sektörü reform süreci 1991 yılında, özellikle hastahaneler olmak üzere birçok kamu sağlık kuruluşlarında hizmetler için ücret alınmasıyla başladı. Bu reform stratejik bir reform olmaktan ziyade, 1990 yılında ülkede yaşanan büyük ekonomik krizin etkilerine bağlı bir değişim sürecidir. Sunulan sağlık hizmetleri için alınan ücretler, ekonomik kriz atlattıncaya kadar umutsuz durumdaki sağlık kuruluşlarının kendi kendini finanse etmesine yardım etmiştir. 1993 yılında, ekonomi istikrarlı hale geldiğinde, devlet kuruluşlarının özelleştirilmesi sonucu sosyal hizmetlere harcanacak nakit kaynak elde edilmiş ve sağlık sektöründe hizmet ücreti alınmasının ötesinde, sağlık sektörü için dikkatlice planlanmış yapısal bir reforma ihtiyaç duyulduğu anlaşılmıştır. Böylelikle 1993 yılında bir dizi birinci düzey reform çalışmaları başlatılmış, bunların çoğu için 1994 yılı ilk yarısında uygulamaya geçilmiştir. Bunu 1990'lı yılların ortasında sonlarına kadar devam eden sağlık sosyal güvence sistemi reformları takip etmiştir. Yapılan reformların öncelikli konuları şu başlıklar altında toplanabilir (4/4,5).

Yerinden Yönetim (Desentralizasyon): Geçmişe bakıldığında Peru sağlık sistemi oldukça merkezi bir sistemdir. 1990'ların başlarında yapılan reformlarla yerinden yönetim / desentralizasyon süreci başlamıştır.

1990'ların ortalarında yapılan reformlarla finansal açıdan yeniden merkezîyetçi olunmaya başlandıysa da, idari açıdan desentralizasyon artırılmıştır. Sonuç olarak 2000'li yıllarda Peru sağlık sistemi karma bir sistem olmuştur ve hem merkezîyetçiliğin hem de yerinden yönetimin özelliklerini taşımaktadır (4/9).

Herkes İçin Temel Sağlık Hizmetleri Programı: Sağlık Bakanlığı'na bağlı bir ekip tarafından oluşturulan bu programın amacı toplumun fakir kesimlerine birincil sağlık hizmetlerinin sunulmasıdır. 1994 yılında uygulanmaya başlanan asının ardından program hızla yayılmış ve 1998 yılında birincil sağlık hizmeti sunan devlet kuruluşlarının %70'ini kapsamına almıştır (5/8).

Sağlık Güvence Sektörü: Sağlık sosyal güvence sektöründe yapılan reformun temeli, Sağlık Hizmeti Sunucuları (Entidades Prestadoras de Salud-EPS) adı verilen özel sektör sağlık klinikleri ve hastahaneler ağına, kamuya ait sosyal güvenlik sistemi ile rekabet edebilmesinin sağlanmasına dayanmaktadır. Öncelikle özelleştirmeye gidilmemiş, sadece özel sektörün kamu sektörü ile rekabetine olanak tanınmıştır. Bu amaçla bir işyerinde çalışan işçilerin, oylama yapılarak bağlı oldukları kuruluşun hangi sigorta şirketiyle anlaşma yapmasını istediklerini belirlemelerine izin verilmiştir. Kişisel seçim yerinde kuruluş / şirket temelinde seçim yapılması, farklı iş gruplarında çalışanlara (işçi, yönetici gibi) farklı sağlık sigortası planlarının uygulanması riskini ortadan kaldırmaktadır. Ayrıca EPS yalnızca ayakta birincil ve ikincil sağlık hizmetlerini sunmakta, daha karmaşık ve pahalı olan üçüncül sağlık hizmetleri kamu sektörü tarafından sunulmaktadır. Sonuç olarak oluşturulan yeni sistemde işçilerden alınan katkıların (ücretlerinin %9'u oranında) %25'i EPS'ye %75'i kamu sosyal güvenlik sistemi olan Es Salud'a gitmektedir (4/30,31).

Ücretsiz Okul Sigortası (Seguro Escolar Gratuito-SEG): 1997 yılında, aynı temel politik ve ekonomik çerçevede son EPS Yasası'nın kabulünün ardından, Ücretsiz Okul Sağlık Sigortası (SEG) reformu yapılmıştır.

SEG reformu ile, kamu eğitim sistemine kayıtlı tüm çocuklara ve okul öncesi çocuklara 17 yaşına kadar, kamu tarafında sunulan sağlık hizmetlerinden ücretsiz olarak yararlanma hakkı tanınmıştır. Sigorta ile sağlık hizmetlerine erişim düzeyi artmıştır. Ayrıca reformun, ailelerin çocuklarını okula kaydettirmesinde teşvik edici bir rol oynayacağı beklenmektedir (4/34).

III. PERU VE TÜRKİYE SAĞLIK SİSTEMİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

Tablo 8: Bazı Temel Göstergeler

GÖSTERGELER	YILLAR	PERU	TÜRKİYE
Toplam Nüfus (%)	2006	28,302,603	70.413,58
Nüfus Artış Hızı (%)	2006	1.32%	1,06
Doğum Oranı (‰)	2006	20.48	16,62
Ölüm Oranı (‰)	2006	6.23	5,97
Toplam Bebek Ölüm Oranı (‰)	2006	30.94	39,69
Ortalama Yaşam Beklentisi	2006	69.84	72,62
Erkekler İçin Ortalama Yaşam Beklentisi	2006	68.05	70,18
Kadınlar İçin Ortalama Yaşam Beklentisi	2006	71.71	75,18
GSMH (Milyon ABD Doları)	2005	169.5	552,7
Toplam Sağlık Harcamalarının GSMH'ya Oranı (%)	2002	4,4*	6,5*
Toplam Kamu Sağlık Harcamalarının Toplam Sağlık Harcamalarına Oranı (%)	2002	49,9*	65,8*
Özel Sektör Sağlık Harcamalarının Toplam Sağlık Harcamalarına Oranı (%)	2002	50,1*	34,2*
Sosyal Güvenlik Harcamalarının Toplam Kamu Sağlık Harcamalarına Oranı (%)	2002	42,9*	49,6*

Kaynak: (1) Central Intelligence Agency (2006) CIA - The World Factbook Perus:4,7
(2) World Health Organization (2005) World Health Report 2005 Statistical Annex Eplanatory Notes s:2

Peru gelişmekte olan bir ülkedir. Gayri Safi Milli Hâsılası'nın oldukça düşük olması sağlık hizmetleri finansmanı için yapılan harcamaları da kısıtlamakta, sağlık sektörünün düşük seviyedeki finansmanı sağlık hizmetlerini olumsuz etkilemektedir. Peru sağlık sistemi, en büyük (2/3) payı doğrudan ve dolaylı (prim) kişisel harcamalar, buna ek kamu harcamaları olan, Özel Teşebbüs / Serbest Pazar tipi sağlık sistemi grubuna girmektedir. Türkiye de gelişmekte olan bir ülke olup, Refah Yönelimli / Sigorta tipi sağlık sistemi grubuna girmektedir.

Peru'da sağlık hizmetlerinin sunumu kamu tarafından Sağlık Bakanlığı, sosyal güvence sistemi Es Salud, Silahlı Kuvvetler ve Polis Teşkilatı ile özel sektör tarafından özel sağlık sigortası EPS ve özel sağlık kuruluşları ile sağlanır.

Türkiye'de kamu kuruluşları, tıp fakülte ve üniversite hastahaneleri, Türk Silahlı Kuvvetleri, kâr amaçlı yerli ve yabancı özel sektör kuruluşlarının kurduklarının yanında pek çok vakfın, azınlık ve dini grubun, derneğin hastahaneleri tarafından sağlık hizmeti sunulmaktadır.

Peru sağlık hizmetlerinin düzenlenmesi amacıyla teknik prosedürlerin ve standartların oluşturulması ve sağlık sektörüne rehberlik eden politikaların belirlenmesi Sağlık Bakanlığının sorumluluğundadır.

Türkiye de sağlık hizmeti sunmak için planlama, koordinasyon, kontrol ve sağlık kurumları geliştirme sorumluluğu Sağlık, Maliye, Milli Savunma, Milli Eğitim (YÖK / Üniversiteler) gibi görevli ve ilgili bakanlıklar ve Meclis komisyonları arasında paylaştırılmıştır. Sağlık Bakanlığı tarafından sağlanan sağlık hizmetleri illerde valiye karşı sorumlu olan İl Sağlık Müdürlükleri tarafından yönlendirilir.

Her iki ülkede de kamu kurumlarında çalışan sağlık personeli ek gelir elde etmek amacıyla özel sağlık hizmeti sunulabilmektedir.

Her iki ülkenin özel sağlık hizmet sunucuları çoğunlukla büyük şehir merkezlerinde toplanmış, yaygın bir sağlık hizmeti ağı şeklinde örgütlenmemiştir.

Peru'da temel sağlık hizmetleri yanında Okul Sağlığı Sigortası ve gebelik, doğum ve loğusalık döneminde anneler ile 2 yaşına kadar çocukları kapsamına alan Ana ve Çocuk Sağlığı Sigortası uygulanmaktadır.

Türkiye'de okul sağlığı hizmetleri, ana ve çocuk sağlığı hizmetleri birincil sağlık hizmetleri kapsamında, kişiye yönelik koruyucu ve geliştirici sağlık hizmetleri olarak sunulmaktadır.

Peru'da ilaç fiyatları pazarda oluşmaktadır ve Latin Amerika ülkeleri arasında ilaç fiyatlarının en yüksek olduğu ülkedir. Türkiye'de ilaç sektörü devlet tarafından denetlenmekte, fiyatlar da Sağlık Bakanlığı'nca tespit edilmektedir.

Peru'da sağlık hizmetlerinin arzı ve arzın finansmanı kamu, özel ve gönüllü kuruluşlardır.

Türkiye'de arz ve arzın finansmanı ağırlıklı olarak kamu tarafından karşılanmakta, bunun yanında özel muayenehane, poliklinik ve klinikler, hastahaneler, laboratuvar ve görüntüleme birimleri, ilaç, cihaz ve satıcıları da büyük bir paya sahiptir.

Peru sağlık hizmetlerinde talep ve talebin finansmanını sigorta primleri, hane halkı harcamaları (kişisel doğrudan harcamalar), kamu, işçiler adına işverenlerin ödedikleri katkılar oluşturmaktadır.

Türkiye'de sağlık hizmeti talebi ve talebin finansmanı ise çalışan ve işveren veya bağımsız çalışan primleri ile sağlanan sosyal güvence ile bazı küçük özel sigorta grupları yanında kişisel doğrudan ödemelerden ve yine kamu kaynaklarından ağırlıklı olarak karşılanmaktadır.

KAYNAKLAR

1. Ana Yayıncılık (2004) AnaBritannica Genel Kültür Ansiklopedisi, Ana Yayıncılık A.Ş. Ve Encyclopedia Britannica, Inc. İstanbul Cilt:17
2. WHO (2005) World Health Report 2005 Statistical Annex, Eplanatory Notes, World Health Organisation.
www.who.int/whr/2005/annex/indicators_country_p-z.pdf
3. UNICEF (2006) Statistics
www.unicef.org/infobycountry/peru_1645.html
4. Ewig, C. (2002) The Politics of Health Sector Reform in Peru
www.cep.cl/UNRISD/References/Ref_Peru/Peru_Ewig.doc
5. PAHO (2002) Basic Health Indicator Data Base, Pan American Health Organization
www.paho.org/English/DD/AIS/cp_index.htm
6. World Health Organization (2004) Elderly Adult Profile Peru –Intra II
www.who.int/ageing/projects/intra/phase-two/en/
(sayfa numaraları araştırmacılarca verilmiştir)
6. Eldis (2004) Exclusion in Health in Latin America and the Caribbean
www.lachsr.org/extension/pdf/extps_lac_eng.pdf
7. Lachsr (2001) Health Services System Profile of Peru
www.lachsr.org/en/profiles.cfm?view=countryAsDoc&viewid=26
8. Nunez, L.G. (2002) Health Reform in the Social Security System: The Peruvian Case
www.pucp.edu.pe/economia/pdf/DDD207.pdf
10. Jumba, M. Jan, S. Mills, A. (2003) Dual Practise of Public Sector Health Care Providers in Peru
www.hefp.lshm.ac.uk/publications/download/working-papers/06-03.pdf
(sayfa numaraları araştırmacılarca verilmiştir)
11. WHO (2002) Key Health Expenditures Indicators, World Health Organization
www3.who.int/whosis/country/indicator.cfm?country=per&langue=en#economic
12. Espicom (2006) The Outlook for Pharmaceuticals: Peru
www.espicom.com/ProdCat.nsf/Product_ID_Lookup/00000393?OpenDocument
13. PAHO (2004) Epidemiological Bulletin, Pan American Health Organization, Vol 25, No.3
www.paho.org/english/dd/ais/EB_v25n3.pdf
14. CIA (2006) The World Factbook – Peru, Central Intelligence Agency
www.odci.gov/cia/publications/factbook/geos/pe.html

A. ERDAL SARGUTAN

A. ERDAL SARGUTAN