

ŞİLİ SAĞLIK SİSTEMİ

ARAŞTIRMA YÖNETİCİSİ - EDITÖR

Doç. Dr. A. Erdal SARGUTAN

ARAŞTIRMA GRUBU

Orhan PEHLEVAN

Eyüp TURKAN

Salih AKYÜZ

Songül ŞİMŞEK

Esvet KAYA

A. ERDAL SARGUTAN

ŞİLİ SAĞLIK SİSTEMİ

ÖZET	2576
I. ÜLKE TANITIMI	2579
I.1 Coğrafya	2579
I.2. Tarih	2580
I.3. Ekonomi	2581
I.4. Nüfus	2583
I.5. Siyasi Ve İdari Yapı	2583
II. SAĞLIK SİSTEMİ	2584
II.1. Genel Sağlık Durumu	2584
II.2. Sağlık Sisteminin Tarihçesi	2586
II.3. Sağlık Sisteminin Yapısı	2590
II.3.1 Kamu Sağlık Alt Sistemi	2590
II.3.2. Silahlı Kuvvetler Sağlık Hizmeti Sistemi	2593
II.3.3. İşçi Güvenliği Kuruluşları	2593
II.3.4. Özel Sağlık Alt Sistemler	2594
II.4. Kamu Sağlığı Planı	2594
II.5. Sağlık Hizmetlerinin Sunumu	2595
II.5.1. Birincil Sağlık Hizmeti	2596
II.5.2. İkincil Ve Üçüncül Sağlık Hizmet	2596
II.6. Sağlık Sisteminin Finansmanı	2597
II.7. İnsan Kaynakları	2600
II.8. Sağlık Malzemeleri Ve Sağlık Teknolojisi	2600
III. ŞİLİ VE TÜRKİYE SAĞLIK SİSTEMLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI	2601
KAYNAKLAR	2604

ÖZET

Şili sağlık sistemi Sağlık Bakanlığı'nca yönetilir. Sağlık Bakanlığı sağlık politikalarının yapıcısı, düzenleyicisi, uygulayıcısı ve kontrol edici mekanizmasıdır. Sağlık Bakanlığının yapısı Bakan, Yardımcı Örgütler Sekreterliği, Kamu Sağlık Sekreterliği ve Bölgesel Bakanlık Sekreterlerinden oluşmaktadır.

Şili sağlık hizmet sektörü toplumun sağlık ihtiyacını karşılamakla sorumlu iki ana alt sistemden oluşan karma bir yapıya sahiptir.

Ülkedeki birincil bakım 1980 yılında bu yana tamamen belediyelerin sorumluluğu altındadır. Şili'deki birincil sağlık hizmeti birimleri olarak Şehirsel Genel Sağlık Hizmeti Merkezleri, Kırsal Genel Sağlık Hizmeti Merkezleri, Acil Birincil Bakım Merkezleri, Ruh Sağlığı Merkezleri, Birincil Bakım Merkezleri, Aile Sağlık Merkezleri bulunmaktadır.

Kentsel düzeydeki temel sağlık hizmetleri belediyelerin yönetimi altında hizmet verirken, ilgili belediyeler ve sağlık hizmetleri yönetimi arasında yapılan anlaşmalarla düzenlenerek destek örgütlerinin bir parçası haline gelmiştir.

Ulusal Sağlık Hizmet Sistemi içerisindeki toplam yatak sayısı 30.300 kadardır. Ülke genelinde yatakta tedavi hizmetleri 28 sağlık servisi bölgesine bağlı olarak hizmet veren 200 kadar hastahane tarafından sağlanmaktadır.

Şili'de sağlık hizmetlerinin sunumunun finansmanında kamunun ağırlığı bulunmakla beraber karma bir yapı mevcuttur. Kamu sağlık kurumları, silahlı kuvvetler sağlık hizmeti sistemi ve özel sağlık kurumları sağlık hizmetlerinin sunumunu gerçekleştirir.

Kamu güvence sistemi nüfusun %70 kadarını kapsamına almaktadır. Bu kapsam içine sisteme dâhil olmak isteyen sigortalılar ve sosyal güvencesi olmayıp devlet tarafından finanse edilen kişiler girmektedir. Şili'de nüfusun %61'i kamu / devlet sigortası, %28'i diğer sağlık güvenceleri kapsamındadır.

Ülkedeki silahlı kuvvetlerin kendine ait sağlık sistemleri mevcuttur. Silahlı kuvvetler sağlık sistemi nüfusun %14.1'ini kapsamı altına almaktadır.

1974 yılında ülkenin ekonomik kalkınma modelinde yapısal değişiklikler olmuştur. Piyasa ekonomisine doğru yönelim çalışmaları sonucunda 1981 yılında özel sağlık sigorta kurumları (ISAPRE) ortaya çıkmıştır.

Sistem içerisindeki sağlık kurumları tüm halka açıktır ve Ulusal Sağlık Fonları (FONASA) ve özel sağlık sigorta kurumları (ISAPRE) ile de hizmet sunumu için anlaşmalar yapmaktadır.

Özel sektör kapsamı içine Özel Sağlık Sigorta Kuruluşları'na (ISAPRE) bağlı olan %17,6'lık bir kesim girer. Özel sigortalar iş kazaları ve mesleki hastalıkları kapsayan Güvenlik Yardım Kurumlarının verdiği sağlık hizmetlerini de kapsamaktadır.

Bütün çalışanlar sağlık sigortasına sahip olmak için vergiye tabi gelirlerinin %7'sini sağlık sigortası katılım payı olarak vermek zorundadırlar. Bu ödemeleri yapan sigortalı sosyal güvence olarak kamu sistemi (Ulusal Sağlık Fonu FONASA) ya da özel sistemden (Özel Sigorta Kurumları ISAPRE) birisini seçmekte özgürdür.

Şili'de toplam sağlık harcamalarının GSMH ya oranı %3 civarındadır ve ülkede Refah Yönelimli / Sigorta tipinin ağırlıklı olduğu sağlık sistemine sahiptir.

A. ERDAL SARGUTIAN

A. ERDAL SARGUTAN

ŞİLİ SAĞLIK SİSTEMİ

I. ÜLKE TANITIMI

RESMİ ADI	: Şili Cumhuriyeti
NÜFUSU	: 15.7 Milyon kişi
YÜZÖLÇÜMÜ	: 756.950 km ²
RESMİ DİLİ	: İspanyolca
DİNİ	: Katolik
BAŞKENT	: Santiago
SİYASAL REJİMİ	: Cumhuriyet
PARA BİRİMİ	: Şili Pesosu (8/2)

I.1. Coğrafya

Güney Amerika'nın batı kıyılarının yarısından fazlası boyunca uzanan Şili Cumhuriyeti, And dağları ile Büyük Okyanus arasında yer alır. Yalnızca kuzeyde bir tek yerde 400 km genişliğe ulaşan Şili topraklarının ortalama genişliği 175 kilometredir. Ülke harita üzerinde, başı tropik Atacama çölünde kuyruğu Horn burnu sularında bulunan bir yılanı andırır. Şili toprakları, kuzeyde Peru sınırından başlayıp kıyı boyunca uzanarak kıtanın güney ucuna ulaşır. Bolivya ve Arjantin, Şili'nin doğu komşularıdır. Çok az sayıda iyi limanı olan ve geniş bir kıyı ovası bulunmayan Şili'nin toprakları deniz düzeyinden başlayarak yaklaşık 7.000 metreye kadar ulaşır ve bu nedenle de ülkede hemen hemen her iklim görülür. Sık sık depremlerle sarsılan Şili de 1985'teki meydana gelen deprem büyük can kaybına ve büyük bir zarara yol açmıştır.

Halkının yüzde seksenden çoğu ülkenin orta bölümünde yaşar; güney ve kuzey bölümlerinde seyrek bir yerleşim görülür. Büyük çöl düzlükleri ve çıplak dağlarla kaplı olan kuzey bölümü, dünyanın en kurak bölgelerinden biridir.

Ülkenin orta bölümü, And dağları ile kıyı yaylası arasında uzanan, 1.100 km uzunluğundaki verimli bir vadiden oluşur. Bu büyük vadinin güneyinde, güzel görünümüne birçok buzul gölünün bulunduğu göller bölgesi, meşe ve çam ağaçlarıyla kaplı ormanlık dağlar vardır.

Şili'nin güney kıyıları boyunca, kayalık ve çoğu ağaçlık yüzlerce adaya çevrili sayısız koy vardır. Bu adalar arasındaki sularda çok hızlı akıntılar vardır ve hava sıcaklığı olarak fırtınalıdır. And dağlarının güney bölümü kıtanın güney ucundaki Macellan boğazının ötesinde büyük Tierra Del Fuego adası yer alır. Adanın soğuk ve ıssız güney bölümünün dışındaki yerler ağaçlık tepeler ve düzlüklerle kapalıdır. Üçte ikisinden fazlası Şili'nin olan Tierra Del Fuego adasında petrolde bulunmuştur.

Şili'nin birçok başka adası da vardır. Kıyıda 600 km açıktaki Juan Fernandez adaları vardır. Şili'nin bir başka adası da, Büyük Okyanus'ta kıyıda 3.000 km uzakta olan Paskalya adasıdır. Şili Antarktika'nın bir bölümü üzerinde de hak ileri sürmektedir ve orada üstleri vardır.

Güney Amerika'nın öbür yerlerinde yaşayan hayvanlar için And dağlarının tek doğal engel oluşturması nedeniyle Şili'de çok az hayvan türü vardır. En çok bulunan hayvanlar güzel postlarıyla tanınan çinçilya, degu ve viskaça gibi kemirgenlerdir. Akarsularda yaşayan bir kemirgen türü olan koypu da çok bulunur. Dağlık bölgelerde ise guanako, lama ve alpakalar vardır. Şili'de yaşayan en büyük etçil hayvanlar olan pumaların soyu çok azalmıştır. Şili'de küçük ötücü kuşlardan baykuş ve şahine kadar birçok kuş türü vardır. Güneydeki adalarda birçok kıyı kuşu, ördek ve kaz yaşar.

Başlıca kentler ülkenin orta bölümündeki vadilerde yer alır. Şili'nin başkenti Santiago'dur. Başkentın yakınındaki Valparaiso büyük bir ticaret merkezi ve önemli bir limandır (12/274,275).

I.2. Tarih

Şili önceleri dışı kapalı bir ülkeydi. Ülkenin asıl sahipleri olan Arokan yerlileri, 1492'de Kristof Kolomb'un Amerika'yı keşfetmesinden 100 yıl öncesine kadar avcılık ve balıkçılıkla geçinirlerdi. 1392'de Peru'dan gelen bir grup İnka Şili'ye yerleşerek toprağı sulayıp işlemeyi, değerli madenleri çıkarmayı, lama ve deveye benzer hayvanlar olan guanako ve vikunya tüyünden kumaş dokumayı yerlilere öğretiler.

Diego de Almagro önderliğindeki İspanyollar altın bulmak umuduyla 1535'te Şili'ye geldiler. Bunu Pedro De Valdivia önderliğinde gelen İspanyollar izledi ve giderek beyaz sömürgeciler Şili'ye yerleşti. Yerliler 300 yıl boyunca bağımsızlıkları için çarpıştılar; 19881'e kadar Şili yönetimiyle barış imzalamadılar.

İspanyol göçmenler yerlilerle yaptıkları savaşın yanı sıra, sık sık İspanyol hükümetiyle de çelişkiye düştüler ve bunu sonucunda Şili halkı arasında güçlü bir bağımsızlık hareketi gelişti. 1810'daki ayaklanmayı İspanya 1814'te bastırdı. Ayaklananların birçoğu And dağlarına kaçtı ve dağları aşarak Arjantin'e gitti. Oralarda, İrlanda kökenli Şilili Bernardo O'Higgins önderliğinde örgütlenerek Arjantinli José De San Martín'le birlikte kurtuluş ordusu kurdular. Hazırlıklarını tamamlayınca Şili'ye girip İspanyolları yendiler ve ülkede bir cumhuriyet kurdular. O'Higgins ilk başkan oldu. Kendi kişisel yönetimini kurmaya kalkışınca 1823'te iktidardan uzaklaştırıldı.

Şili cumhuriyeti 1879'da kuzeydeki sodyum nitrat (Şili güherçilesi) yatakları nedeniyle Peru ve Bolivya ile savaşa girdi. Şili savaşın sonunda sodyum nitrat yataklarının olduğu Tarapaca bölgesini ve Antofagasta, Iquique ve Arica limanlarını ele geçirdi.

Şili – Arjantin sınırı konusundaki anlaşmazlık yıllarca sürdü. Sonunda 1902'de, iki ülkenin birbiriyle hiçbir zaman yeniden savaşmayacaklarını belirten bir anlaşma imzalandı.

1970'de Şili halkı, bir sosyalist olan Salvador Allende'yi başkan seçti. Allende yabancı şirketlerin işlettiği bakır madenlerini devletleştirdi. Tarım reformunu ve dengeli bir gelir dağılımını gerçekleştirmek için yaptığı çalışmalarla 1973'teki parlamento seçimlerinde oylarını daha da artırdı.

Ancak, ABD'nin uyguladığı ambargonun yol açtığı ekonomik güçlükleri öne süren Şili ordusu bir askeri darbeye Allende'yi devirdi. Allende'nin ve bir çok solcunun öldürüldüğü darbeye yönetim general Augusto Pinochet başkanlığında dört kişilik bir cuntanın eline geçti.

Sola karşı yürütülen kanlı bir kıyımın ardından bütün siyasal etkinlikler yasaklandı ve sürekli bir diktatörlük yönetimi kuruldu. Bu askeri diktatörlük döneminde ekonomi kötüye gitti, işsizlik yaygınlaştı ve halkın yaşam düzeyi düştü. 1980'de halka baskıyla onaylatılan bir anayasayla askeri yönetim sekiz yıl daha uzatıldı. Halkın artan tepkisi sonucu 1988'de yapılan bir halk oylaması halkın askeri yönetimi istemediğini ortaya koyunca 1989'da seçim yapıldı. Demokrasi İşçi Partililer Koalisyonunun adayı Patricio Aylwin Azocar'ın seçimi kazanarak başkan olmasıyla askeri yönetim sona erdi (12/275,276).

I.3. Ekonomi

Güney Amerika'nın başlıca maden üreticisi ülkelerinden biri olan Şili, bakır üretiminde dünyada ilk sırayı alır. Şili'de çok miktarda demir cevheri ve molibden de çıkarılır. Maden yataklarının çoğu kuzeydedir.

Birçok yeni sanayinin kurulduğu Şili'de çalışan nüfusun dörtte birinden fazlası sanayide çalışmaktadır. Bu sanayi kuruluşları ülkede üretilen petrol, doğalgaz ve hidroelektrik enerjisi ile yerli hammaddeleri kullanılır. Başlıca sanayi dalları demir-çelik, un, bira, şeker, dokuma, kâğıt, petrokimya, taşıt, elektronik ev eşyası ve deri işleme sanayileridir.

Şili'de tarım önemli bir etkinliktir. Halkın beşte birinden fazlası geçimini doğrudan tarımdan sağlar. Ülkenin iklim koşulları tarıma elverişli ve su kaynakları boldur. Üretim yöntemleri ve örgütlenmesi geri olmasa çok daha fazla tarımsal üretim elde edilebilir. Ülkenin orta bölümündeki verimli vadide yetişen başlıca ürünler buğday, mısır, patates, arpa, pirinç, yulaf, çavdar ve şeker pancarıdır. Birçok bağın bulunduğu Şili'de şarap üretimi önemli bir ekonomik etkinliktir. Ülke topraklarının büyük bölümü otlak olarak, yonca, yulaf gibi yem bitkilerinin yetiştirilmesi için kullanılır. Tierra Del Fuego'daki geniş otlaklarda koyun sürüleri yetiştirilir. Ülke dışına da satılan yün önemli bir gelir kaynağıdır.

1960'larda ve 1970'lerde gelişen ticari balıkçılık büyük önem taşır. Balıkçılıkta dünyanın önde gelen ülkeleri arasında yer alan Şili, Peru ile birlikte Güney Amerika'nın balıkçılık alanında en ileri ülkesidir. Şilili balıkçıların yakaladığı başlıca balıklar cardalye, uskumru, berlâm ve hamsidir. Yakalanan balığın büyük bölümü balık unu ve balık yağı üretiminde kullanılır.

Şili'nin doğal yapısı ulaşımın zor ve pahalı olmasına yol açar. Ülkede 8.000 km uzunluğunda demir yolu olmasına karşın, başlıca ulaşım yöntemi her zaman deniz yolu olmuştur. Ülkeyi bir uçtan bir uca geçen demiryolunun en çok kullanılan bölümlerinde elektrikli trenler çalışır. Güneydeki Chiloé adasından Peru sınırına kadar uzanan Panamerikan karayolu ülkenin başlıca kentlerini birbirine bağlar. Dağlık alanlarda hâlâ yük hayvanlarıyla taşımacılık yapılıyorsa da, bunu yerini giderek kamyonlarla yapılan taşımacılık almaktadır. Şili'nin başlıca kentlerinde uluslararası havalimanları vardır (12/275).

Şili üst düzeyde piyasa ekonomisinin hâkim olduğu bir ülkedir. 10 yıl boyunca yüksek büyüme oranları görülen Şili ekonomisi 1999 yılında resesyona girmiş ancak 2000 yılında yakaladığı %4,5'lik büyüme oranı ile yeniden büyüme sürecine geçmiştir. 1973–1990 yılları arasında iktidarda bulunan askeri yönetim sıkı bir özelleştirme sürecine girmiş ve kamuya ait birçok şirketi özelleştirmiştir. Bu süreç daha sonra gelen sivil hükümetler döneminde de yavaşlayarak devam etmiştir.

1991-1997 yılları arasında GSYİH'da ortalama %8'lik bir büyüme kaydedilmiştir. 1998 yılında ise küresel mali kriz, düşük ihracat, cari işlemler dengesindeki açık ve sıkı para politikası izlenmesi nedenleriyle büyüme oranı yarı yarıya düşmüştür. 1999 yılında tahıl üretiminde yaşanan düşüş ve hidroelektrik üretiminde sıkıntılar yaşanması yüzünden son 15 yılda ilk kez ekonomik kalkınma hızı negatif olarak kaydedilmiştir. Durgunluğun etkilerine rağmen, Şili Güney Amerika'da en güçlü bono piyasasına ve güçlü mali kurumlara sahip ülke olduğundan 1999 yılı sonunda resesyondan çıkmış ihracat ve ekonomik faaliyetlerdeki artış ile birlikte 2000 yılında %4,4'lük büyüme oranlarına ulaşmıştır. Arjantin Pesosundaki devalüasyon ve global büyümenin fazla olamamasından dolayı büyüme 2001 yılında %2,8'e, 2002 yılında %1,8'e gerilemiştir.

Tablo 1: Şili Temel Ekonomik Göstergeler

Yıl	GSYİH (Milyar USD)	Kişi Başına Gelir (USD)	Büyüme Oranı (%)	Enflasyon Oranı (%)	Ihracat (Milyar USD)	İthalat (Milyar USD)
1996	67.9	4.712	5.5	87.6	16.6	17.2
1997	73.0	4.993	8.1	93.0	17.8	18.6
1998	73.4	4.950	3.2	4.7	16.3	17.5
1999	67.6	4.504	-0.8	2.3	17.1	14.4
2000	70.1	4.608	4.5	4.5	19.2	17.0
2001	63.0	4.090	3.4	2.6	18.2	16.3
2002	66.0	4.262	2.2	2.8	18.1	15.9
2003	73.3	4.581	3.3	1.1	21.0	18.0

Kaynak: (8) DTM (2003) Şili Ülke Profili, TC. Başbakanlık Dış Ticaret Müsteşarlığı, Ankara, s:2

İşsizlik son yıllarda artarak %8-10 düzeylerinde seyretmiştir. Ülkede ücretler enflasyonun üzerinde artmış ve yaşam standartlarının yükselmesine neden olmuştur. 1999 yılında 9,2 milyar USD olan doğrudan yabancı yatırımlar (DYY) 2000'de 3,6 milyar USD, 2001'de 4,6 milyar USD ve 2002'de 1,6 milyar USD olmuştur. Yüksek DYY rakamlarında özellikle diğer Latin Amerika ülkelerinde sık yaşanan krizlerden Şili'nin uzak kalması etkili olmuştur. Bu nedenle, Şili bölgeye yatırım yapmak isteyen çokuluslu şirketlerin tercih ettiği bir ülke olmuştur.

Şili'nin ihracatı 2002'de Gayri Safi Milli Hâsılası'nın %27'sine ulaşmıştır. Şili'nin geleneksel ihracat maddesi bakırdır ve devlete ait CODELCO dünyanın en çok bakır üreten firmasıdır. 1975'te madencilik dışındaki sektörlerin toplam ihracattaki payı %30 düzeyindeyken, günümüzde bu oran %60'a kadar çıkmıştır.

Madencilik dışındaki en önemli ihrac maddeleri ormancılık ürünleri, taze meyve, işlenmiş gıda, balık ve diğer deniz ürünleri ile şaraptır.

Şili'nin ihracatının %27'si Güney ve Kuzey Amerika'ya, %25'i Asya'ya ve %24'ü Avrupa'yadır. En çok ihracat yaptığı ülke %19,1 ile ABD'dir. Asya ülkelerinin payı da son yıllarda artmaktadır.

Şili'nin ithalatının %22'sini sermaye malları oluşturmaktadır. Toplam ithalatın %19'u AB'den yapılırken Arjantin'den yapılan ithalat %18'dir. Şili 2003 yılının başında ticaret anlaşması yapmadığı ülkeler de dâhil olmak üzere tüm ülkeler için tarife oranlarını %6 seviyesine çekmiştir. Yüksek vergi oranları sadece buğday, un, bitkisel yağlar ve şeker için devam etmektedir (8/3,4).

I.4. Nüfus

Şili halkının etnik yapısı İspanyollar, Yerli Amerikalılar ve Avrupalılardan oluşmaktadır. Halkın %69.9'u Katolik ve %15'i Protestan'dır. Konuşma dili İspanyolcadır. Zorunlu eğitim 12 yıldır ve okur yazar oranı %95.8'dir (4/1). Okullar parasızdır; fakat kırsal kesimdeki birçok tarım işçisi, uzak olduğu için hâlâ okula gidememiştir. Büyük kent ve kasabalarda ortaöğremin okulları vardır. Şili üniversiteleri, Latin Amerika'daki en iyi üniversitelerdir (12/275).

I.5. Siyasal Ve İdari Yapı

Şili'nin yönetim şekli Cumhuriyettir ve bağımsızlığını 1810 yılında kazanmıştır. Günümüz anayasası 11 Eylül 1980 yılında kabul edilmiş; 1989, 1993, 1997 ve 2005 yıllarında anayasada değişiklikler yapılmıştır.

Yürütmenin başında Başkan bulunmaktadır. Yasama yetkisi de ikili meclistedir. Yargı sistemi Anayasa Mahkemesi, Yargıtay, temyiz mahkemeleri, askeri mahkemelerden oluşmaktadır.

İdari yapılanma 12 bölge ve Santiago metropoliten alanından oluşmaktadır. Bölgeler illere ayrılmakta ve valiler tarafından idare edilmektedir. İller de belediyelere ayrılmakta ve başında seçim ile gelen belediye başkanları bulunmaktadır (4/1).

II. SAĞLIK SİSTEMİ

II.1. Genel Sağlık Durumu

Şili'nin nüfus yapısı değişmektedir. Geçen yirmi yıl içerisinde doğum ve ölüm oranları azalmıştır. Ölüm oranları 15 yaş altı grupta %28.8, 15-64 yaş aralığında %64.2 ve 65 yaş üzeri grupta %7 oranında azalma olmuştur. 1998 yılında bağımlı nüfus hızı %35.8 olarak gerçekleşmiştir. 2002 yılında ortalama yaşam süresi 76,3 yıl olmuştur. 2004 yılında kaba doğurganlık hızı 2.06 ve nüfus artış hızı %1.01 olarak gerçekleşmiştir. En sık görülen ölüm nedenleri kardiyovasküler sistem hastalıkları, kanser ve bulaşıcı hastalıklardır (6/3).

Başkent Santiago'nun bulunduğu bölgede motorlu araçlar nedeniyle oluşan hava kirliliği önemli sağlık problemleri arasındadır. Bölge halkının çoğunluğunda solunum yolu rahatsızlıkları görülmektedir.

Şili halkının beslenme alışkanlıkları da günümüz sağlık problemleri arasındadır. Et tüketiminin fazlalığı ve ayaküstü beslenme alışkanlıkları sağlık durumunu olumsuz etkilemektedir. Beslenme tarzı nedeniyle kardiyovasküler sistem hastalıkları, mide ve kolon kanseri başta gelen sağlık problemleri olarak kalmaya devam etmektedir (6/4).

Şehirde yaşayanların %99'u temiz içme suyuna ulaşabilmektedir ve şehirsiz nüfusun %90'ı kanalizasyon sistemine ulaşabilmektedir. Şehir nüfusunun %1'ine (115,000 kişi) içme suyu hizmetleri ve %7'sine kanalizasyon hizmetleri verilememektedir (5/4).

Risk Gruplarına Göre Sağlık Problemleri

0-4 yaş arası çocuklar: 1999 yılı verileriyle yeni doğan ölüm oranının bin canlı doğumda 10.1 olarak gerçekleşmiştir. Neonatal ve postneonatal ölüm oranları azalmaktadır. Perinatal bozukluklar ve konjenital anomaliler ve solunum yolu hastalıkları, zehirlenme ve sakatlanmalar bu risk grubundaki başlıca ölüm nedenlerini oluşturmaktadır.

5-9 yaş arası okul çağı çocukları: Toplam ölümlerin %0,3'ü bu risk grubunda gerçekleşmektedir. Söz konusu grup en az ölüm oranlarının olduğu sınıftır. Okul çağı çocukların ölüm nedenlerinin başında %39 ile dışsal nedenler gelmektedir.

10-19 yaş arası gençler: 10-19 yaş arası kişilerde ölüm oranı 1,000 kişide 0.37'dir. Ölümler sıklıkla sakatlanmalar ve tümör nedeniyle olmaktadır. İntiharlar da bu yaş grubunda ekseriyetle görülmektedir.

20-59 yaş aralığındaki yetişkinler: Yetişkinler 1999 yılı verileriyle Şili nüfusunun %53'ünü oluşturmaktadır. 20-44 yaş aralığındaki ölüm oranları 1,000 kişide 1.3'tür ve dışsal nedenler başlıca ölüm nedenidir. 45-59 yaş aralığındaki grup için ölüm oranı 1,000 kişide 5.2'ye yükselmiştir. Söz konusu risk grubundaki ölüm nedenlerinin başında %30 ile kanser ve %21 ile kardiyovasküler sistem hastalıkları gelmektedir.

Yaşlılar (60 Yaş ve üzeri): Bu grupta ölüm oranları ciddi bir şekilde yükselmiştir. Ölüm oranı 1,000 kişide 31.5'dir. Kanseri başlıca ölüm sebeplerinin başında gelmektedir. Kanseri kardiyovasküler sistem hastalıkları ve solunum yolu hastalıkları izlemektedir.

İşçiler: 1998 yılı verileriyle Şili'de iş kazaları nedeniyle 3.3 milyon iş günü kaybolmuştur. Her gün yaklaşık 822 kişi iş kazasına maruz kalmaktadır. İş sağlığı güvenliği sınırlıdır ve birçok işçiyi kapsamamaktadır. İşçilerin yaklaşık 2 milyonu sağlık hizmetlerine ulaşamamaktadırlar.

Yerli halk: Şili hâlâ yüksek oranda yerli nüfusa sahiptir ve bunların yaşam standartları çok kötü düzeydedir. Yerli nüfusun yaşadığı alanlarda yoksulluk en büyük problemdir. Ayrıca yerli nüfusun sağlık durumu ülkenin kalan kısmı ile karşılaştırıldığında çok daha kötüdür. Atacamenolar arasında yeni doğan ölüm oranı 1,000 canlı doğumda 40 ile ülke ortalamasının çok daha üzerindedir. Aymaraların ortalama yaşam süresi ise ulusal ortalamanın 10 yıl daha altındadır (6/5,6).

Hastalıklara Göre Sağlık Problemleri:

Vektör (taşıyıcı) yolu ile bulaşan hastalıklar: Sıtma günümüzde Şili için bir sağlık problemi değildir. En son sıtma salgını 1945 yılında görülmüştür ve ülkede o günden bu yana sıtma hastalığının taşıyıcısı olan *Aedes aegypti* sivrisineği bulunmamaktadır. Kırsal kesim ve banliyölerde Chagas hastalığı günümüz sağlık problemleri arasındadır ve 850,000 kişiyi tehdit etmektedir. 1985 yılında kadar söz konusu hastalık nedeniyle ölümler oldukça fazla idi. Ancak bu rakam o yıldan günümüze azalma göstermiştir (yıllık 55 ölüm). Deng humması vakaları, schistosomiasis vebası (parazit kurtların neden olduğu bir hastalık) ülkede rapor edilmemiştir.

Aşılama yapılabilen hastalıklar: 1975 yılından bu yana çocuk felci hastalığı rapor edilmemiştir. En son difteri vakası 1996 yılında rapor edilmiştir. Kızıl vakası ise 1993 yılında rapor edilmiştir. Ardından gelen üç yılda herhangi bir kızıl vakası görülmemiş ancak 1997 ve 1999 yılları arasında tekrar kızıl vakaları rapor edilmeye başlanmıştır. 2000 yılında ülke çapında bir aşı kampanyası başlatılmıştır. Boğmaca vakalarında da son yıllarda artış olmuştur.

1990'lı yılların ortalarında tetanos vakalarının oranı 100.000 kişide 0.1 olarak gerçekleşmiştir. 1997 ve 2000 yılları arasında neonatal tetanos vakası rapor edilmemiştir. Uçlu kızamık aşısı MMR (Kızamık, Kızamıkçık, Kabakulak) uygulaması kabakulağa karşı bağışıklamada iyi sonuçlar ortaya çıkarmıştır. Ayrıca kızamıkçık vakalarının görülmesinde de azalmalar olmuştur.

Aşılama yapılmayan bulaşıcı hastalıklar: 1998 yılında San Pedro şehrinde 23 kolera vakası rapor edilmiştir. Tifo ve paratifo vakaları yıllık olarak rapor edilmektedir ancak görülme oranları çok azdır. Tüberküloz vakaları son on yılda %50 oranında azalmıştır (100,000 kişide 22). Akut solunum yolu hastalıkları arasında nezle zarar verici olan hastalıklardandır. 1999 yılında nezle görülme oranları %62 oranında artmış ve nezle nedeniyle 131 ölüm vakası olmuştur. 1996 ve 1999 yılları arasında sadece bir kuduz vakası rapor edilmiştir.

Cinsel yolla bulaşan hastalıklar: HIV/AIDS şehirsal alanlardaki sorunlardandır. Hastalık nedeniyle 1984 ve 2001 yılları arasında 2479 ölüm rapor edilmiştir. HIV enfeksiyonlarının görülme oranı bir milyon kişide 280 olarak gerçekleşmiş ve bunların %90'ını erkekler oluşturmuştur. Cinsel yolla bulaşan hastalıkların oranı 100,000 kişide 71.6'dır ve en çok görülen hastalık ise sifilistir.

Kardiyovasküler sistem hastalıkları, kanser ve sakatlıklar: Şili'deki toplam ölümlerin %27'sini kardiyovasküler sistem hastalıkları oluşturmaktadır. Arından %22'lik oranla kanser gelmektedir. Kanser sıklıkla sindirim sistemi organlarında görülmektedir. 1995 yılından sonra başlıca ölüm nedenleri arasında kazalar da dördüncü sırayı almıştır (6/6,8).

II.2. Sağlık Sisteminin Tarihçesi

Askeri darbe öncesi Şili'de uygulanan sağlık sistemi; sendikalar, işverenler ve birbirini izleyen hükümetler tarafından 1920'lerden başlatılarak geliştirildi. Çalışanlara yönelik geliştirilen bu sistem, ilk başlarda oldukça dağınık bir durumdaydı. 1952'de, bu dağınıklık Ulusal Sağlık Sistemi (SNS) adı altında birleştirildi. 1970'li yıllarda Şili toplumu üç ayrı kamu sağlık sistemi uygulaması kapsamındaydı. Özel sağlık uygulamaları bu dönemde de vardı. Sağlık hizmeti veren uygulamaların, kapsandıkları nüfusun sayısı ve niteliksel yönleri ile kaynaklar şu şekilde özetlenebilir:

1) Ulusal Sağlık Sistemi: Sağlık hizmeti sunan en büyük kurumdu. Toplam nüfusun %65'ini oluşturan, gelir dağılımından en düşük geliri alan üç dilimi kapsamaktaydı. Bu uygulama nüfusun %17'sini oluşturan sigortasız fakir bireylere ücretsiz hizmet sunarken, kabaca nüfusun %50'sini oluşturan çoğu işçilere (mavi yakalılara) ve bakmakla yükümlü oldukları bireylere de prim ödemesi karşılığında hizmet sundu. Ulusal Sağlık Sistemi'nin bir diğer gelir kaynağı bütçeden kaynak aktarımıydı. Genel sağlık koruma hizmetleri de veriyordu. Sağlık hizmetlerini, sahip olduğu personel ve kurumlara vermekteydi.

Ulusal Sağlık Sistemi aynı zamanda personel yetiştirilmesiyle de ilgileniyordu. Üniversite hastahanelerinin çoğu, sözleşmelerle Ulusal Sağlık Sistemi kurumu olarak hizmet vermekteydi. Bu kurumda personel sayısı 1967'de 47.000 iken, 1973 yılında 68.600'e vardı. Genel olarak Ulusal Sağlık Sistemi bütçesinin %30-40'ı çalışanların ödedikleri primlerden, geri kalan kısmı da bütçeden ayrılan kaynaklardan oluşmuştu.

2) SERMANA: 1968 yılında kuruldu. Toplam nüfusun %20'sini oluşturan, gelir dağılımı diliminde kabaca dördüncü dilimi oluşturan memurları (beyaz yakalıları) ve onların bakmakla yükümlü olduğu bireyleri kapsadı. SERMANA'nın gelirleri prim ve tedavi katkılarından oluşmuştur. Bireyler burada sağlık hizmetini özel ya da kamu sağlık sistemi sunan kurumlardan alma hakkına sahip durumdaydılar. Devletin de görel bir katkısı vardı. SNS ve SERMANA için zorunlu primler ücretin %4'ü olarak belirlenmişti.

3) Kamu Sağlık Hizmeti Fonu: Nüfusun %5'ini oluşturan asker ve polisler için oluşturulmuş bir fondur.

4) Özel Sağlık Hizmeti: Nüfusun %10'unu kapsayan ve bireylerin kendi kendilerine sağlık masraflarını finanse ettikleri özel sağlık hizmeti uygulamasıdır. Kapsamındaki nüfus gelir dağılımının en üst beşinci dilimidir.

5) Bankacılık, inşaat ve bakır gibi birkaç sektörün işveren ve işçi fonlaması ile memurlar için ön ödemeli sağlık projeleri de vardır. Bu tür uygulama da nüfusun %2'sini kapsamaktaydı.

Genel çerçevesi belirtilen bu sağlık sisteminin önemli başarılarına rağmen, sağlık hizmetleri sunumunda yeterlilik ve eşitlik sağlamada önemli eksiklikleri vardı. 1968'de hükümet tarafından yapılan bir araştırmada, toplam sağlık harcamalarının %60'ını nüfusun en zengin %30'unun yaptığı belirlenmiştir. Ayrıca kamu sağlık hizmetlerinin bazılarının rüşvet yoluyla elde edildiği ya da hiç sunulmadığı belirtilmektedir. Ancak, bu sorunlara rağmen, Şili kamu sağlık sisteminin, kapsam, etkinlik ve yozlaşma bakımından Latin Amerika'daki en dikkate değer model olduğu söylenmektedir.

Şili sağlık sisteminde kapsamlı bir yeniden yapılandırma ve özel sektörün etkinliğinin artması 1979–1981 döneminde başlar. Ancak Allende hükümetinin askeri darbeye devrilmesinin hemen ardından, askeri hükümetin sağlık hizmetine yönelik bazı finansal kısıtlamalara yöneldiği söylenebilir. Darbenin hemen arkasından uygulanan bu finansal kısıtlamalar, 1979–1981 dönemindeki yeniden yapılandırmanın ve özel sektörün artan etkinliğinin gelişini hazırlamıştır.

1973'teki askeri darbeden sonra doktorlar da dahil olmak üzere Ulusal Sağlık Sistemi'nin birçok çalışanı sürgüne gönderildi. Sistem içinde personel istihdamında kısıtlamalar yapıldı.

1974'te devlet tarafından yapılan sağlık harcamaları ortalama %17, 1975'te %22 azaltıldı. Bu kısıtlılar yüksek enflasyon oranına ve bütçe açıklarına bir tepkiydi. Kamu sağlık harcamaları gerilerken, sağlık harcamaları içinde özel sektörün payı 1974–1976 yılları arasında %22 arttı. Bu dönem içinde devlet dar bir kapsam çerçevesinde toplumun en fakir kesimlerine karşı bazı koruyucu sağlık hizmeti sunma girişimlerinde bulundu (13/2-4).

Sağlık hizmeti uygulamalarında kurumsal değişiklikler, 1979 yılında yaşama geçirilmeye başlandı. İlk önemli değişiklik olarak, politika belirleme işlevi, hizmet sunma işlevi ve finans işlevi üç ayrı kuruma dağıtıldı. Sağlık Bakanlığı politika belirleme, SNS ve SERMANA birleştirilerek oluşturulan SNSS (Ulusal Sağlık Hizmetleri Sistemi) hizmet sunma ve FONASA (Ulusal Sağlık Fonu) finans işlevlerini üstlendiler.

Ulusal Sağlık Hizmetleri Sistemi (SNSS) özerk bölgesel birimlere bölünerek, her bölgedeki hastahaneler ve klinikler ademi merkezileştirildi ve her bölgesel birimin başına Cumhurbaşkanı tarafından bir yönetici atanmaya başlandı. Bunun yanı sıra birincil sağlık hizmeti sunan kliniklerin 400'ü yerel yönetimlere devredildi.

1981 yılında kamu sağlık sistemi (SNSS ve FONASA ile kısmen yerel yönetimler) ve özel sağlık hizmeti sunan işletmelerden oluşan Şili sağlık sistemine yeni bir unsur olarak özel sağlık sigortası işletmeleri (ISAPRE'ler) eklendi.

Hükümet aynı yıl kâr amaçlı özel sağlık sigortası işletmelerinin kuruluşuna izin verdi. Aynı zamanda kuruluşuna izin verilen özel sağlık sigortası işletmelerinin FONASA ile rekabet etmesi sağlandı.

1983 yılında FONASA sisteminde tedavi katkı paylarında hükümet enflasyon oranında (%134.8) bir artış yaptı. Bu artış geniş çalışan kesimler için özel sağlık sigortası işletmelerini daha çekici kıldı. Aynı zamanda özel sağlık sigortası işletmelerine prim ödeyen çalışanların bu primlerine ek olarak %2'lik ödeme yapan işverenlere vergi ayrıcalıkları tanındı.

Özel sağlık sigortası işletmeleri bu şartlar altında gelişmeye başladılar. Bu işletmeler teorik olarak tüm nüfusu kapsama amacına sahip olmalarına rağmen, gerçekte "müşteri adaylarını" cinsiyet, yaş, aile büyüklüğü ya da sağlık riski gibi ölçütlerle ayırım yapabiliyorlardı ve yıllık sözleşmenin bitiminde yeni sözleşme yapma veya yapmama haklarına sahiptiler. Düzenlenmemiş bir statüye sahip özel sağlık sigortası işletmeleri bu durumlarını kötüye kullandılar. Özellikle maliyetleri artırıcı bir unsur olarak gördükleri kadın, yaşlı ve kronik hastaları dışlayan ayrımcılıklar uyguluyorlardı. Artan tepkiler yüzünden askeri hükümet 1989 yılında bu işletmeleri denetlemek üzere bir üst kurum oluşturdu. Çıkarılan yasa ile özel sağlık sigortası işletmelerinin geçmişte yaptıkları yıllık sözleşmeler yerine, ancak üyenin geri dönmesi ile ortadan kalkan yaşam boyu sigorta sözleşmeleri yapmaları sağlandı. Yine bu yasayla özel sağlık sigortası işletmelerinin kadınlara, yaşlılara ve kronik hastalık sahibi kesimlere yönelik ayrımcılık yapmaları yasaklandı (13/5-7).

2003 yılı Ağustos ayında özel sağlık sigortası işletmelerinin faaliyetlerini düzenleyen 18,933 nolu kanunda değişiklik yapılmıştır (1/37). Bu değişiklik ile özel sağlık sigortası işletmelerinin sözleşmelerinde cinsiyet ve hizmet ayırımı konusunda koruma sağlanmıştır. 2002 yılı Aralık ayı itibarı ile özel sağlık sigortası işletmelerine kayıtlı 435,419 kadın ve 827,095 erkek bulunmaktadır.

1997 yılından bu yana özel sağlık sigortasını bırakıp kamu sağlık finansman sistemine geçişler artmıştır (7/94).

Reformlar

Şili sağlık reformu çabaları uzun zamandır sürmektedir. Bu çabaların ana bileşenleri şunlardır:

Sağlık Hakkı Sağlamak: Sağlık, kişisel bir haktır. Şili'de yaşayan herkes, yaşına, cinsiyetine, eğitimine, etnik pozisyonuna, cinsiyet tercihlerine ve gelir düzeyine bakılmaksızın sosyal güvence sistemine dâhildir ve sağlık hizmetine uygun koşullarda ve zamanında erişim hakkı vardır. Sağlığı hak olarak ilan etmek onu korumak için yeterli değildir. Sağlık hizmetine erişimde, kalitesinde, finansal koruma hususunda açık ve anlaşılır garantiler sağlamak ve bunları sınavacak etkili araçları çalıştırmak gereklidir.

Sağlıkta Eşitlik: Sağlıkta eşitlik, reformun kökeninde etik olarak bir zorunluluktur. Sağlık reformu, sağlık hizmetine tüm nüfusu kapsayan erişimi sağlayarak ve sosyal koruma düzeyinin artırarak tüm bertaraf edilebilir eşitsizlikleri azaltmayı planlamaktadır.

Sağlıkta Dayanışma: Sağlıkta dayanışma reformun içerdiği bir başka temeldir. En seçkinlere verilen garantilerle en fakirlere verilen garantilerin dengelenmesi sağlıklı kimselerin hastalarla, gençlerin yaşlılarla, zenginlerin fakirlerle erkeklerin kadınlarla dayanışma içerisinde olmasını işaret etmektedir.

Kaynak Kullanımında Etkililik: Sağlık alanında dayanışma ve eşitlik değerlerini somutlaştırmak için kişiler için öncelikle gerekli olan şey, sisteme yatırılan kaynakların kullanımında yüksek düzeyde etkililiğin sağlanmasıdır.

Bu etkililik gelişmesi, daha iyi yönetimle, sadece finansal ve insan kaynaklarının değil, sistemi kullananların da sağlık yardımlarını optimum bir şekilde kullanılmasına katkıları ile gerçekleşecektir.

Sağlığa Sosyal Katılım: Sağlık politikalarına, uygulamalarına sosyal katılım, demokratik sivil hayatın önemli bir boyutunu temsil etmektedir. Sağlık sistemi kalitesi, etkililiği, kaynak kullanımında etkililik, hizmetlere erişim ve fırsat eşitliği açısından herkes için sorgulanabilir bir nitelikte olmalıdır. Buna paralel olarak herkes sağlık sistemi ile ilgili beklentilerini ve tercihlerini ifade edebilmelerine izin verilmelidir (2/22,23).

Şili sağlık reformu her düzeyde bir dönüşüm sürecidir. Özellikle de kültürel olarak bir dönüşüm sürecidir. Bu dönüşümün hedefleri sosyal gruplar arasındaki eşitlik ve dayanışma prensiplerini gün yüzüne çıkarmakta ve insanlara daha iyi yaşam standartları kazandırarak, daha büyük fırsatlar sunarak Şili'nin demokratik sistemini geliştirici katkıda bulunmayı hedeflemektedir.

Sağlık sisteminin yeniden yapılandırılmasındaki öncelikler, Şili vatandaşlarının hem bireysel olarak hem de toplumsal olarak daha sağlıklı hayat sürmelerinin sağlanmasıdır. Bu anlamda, daha sağlıklı bir hayat süreci için hastalıklardan korunmak için gerekli koşullar yerine getirilmelidir. Bu dönüşüme zemin hazırlayacak eğitim alanları ve çevresel şartlar oluşturulmalıdır.

Yukarıda belirtilen şartları da göz önüne alarak Şili Hükümeti, ulusal sağlık hedeflerine ulaşması için gerek duyulan yedi temel noktayı belirleyerek sağlık sektöründe reform sürecine öncelik vermiştir.

Bu temel noktalar;

- Sağlık hizmetlerine erişimi toplumun her kesimi için sağlayacak açık bir garanti sistemi,
- Sağlık hizmetlerinin insanların beklentileri, tatminleri, tercihleri ve ihtiyaçlarına göre yeniden modellenmesi,
- Sağlık çalışanlarının çalışma şartlarının iyileştirilmesi,
- Sağlık otoritesinin kurumsallığının güçlendirilmesi,
- Reformun finansman ihtiyacını karşılayacak bir finans sisteminin teşkil edilmesi,
- Sağlık kaynaklarının yönetiminin geliştirilmesi,
- Ulusal sağlık hedeflerinin belirlenmesidir (2/31,32).

Şili 2003 yılında sağlık sistemini düzenlemek ve güçlendirmek amacı ile reform kanunları çıkarmıştır. Bu kanunlar:

Finansman Kanunu: 2003 yılı Ağustos ayında çıkarılmıştır. Reform için gerekli olan finansal kaynaklar güvence altına alınmış ve Katma Değer Vergisi %1 artırılmıştır.

Sağlık Otoritesi Kanunu: Şubat 2004 yılında çıkarılmıştır. Sağlık hizmetinin sunumu ve düzenlenmesinde yenilikler yapılmıştır. Sağlık otoriteleri güçlendirilmiştir. Özel ve kamu sağlık sunucuları için akreditasyon sistemi getirilmiştir.

Sağlık Genel Kapsam Kanunu: Eylül 2004 yılında çıkarılmıştır. Sağlık hizmetlerine ulaşım, kalite ve finansal güvenceyi garanti altına alacak bir sistem oluşturulmuştur.

Özel Sağlık Sigortası Ödeme Gücü Kanunu: Ağustos 2003 yılında çıkarılmıştır. Özel sigorta faydalanıcılarını koruyucu ve dengeleyici bir sistem oluşturulmuştur.

Özel Sağlık Sigorta Kanunu: Kanun ile sağlık denetçilerinin rolü artırılmış ve özel sisteme şeffaflık getirilmiştir.

Hasta Hak Ve Sorumlulukları Kanunu: Hastaların haklarını koruyucu düzenlemeler yapılmıştır (2/24).

II.3. Sağlık Sisteminin Yapısı

Şili sağlık sisteminin yönetim sorumluluğu Sağlık Bakanlığı'nındır. Şili sağlık hizmet sektörü toplumun sağlık ihtiyacını karşılamakla sorumlu iki ana alt sistemden oluşan karma bir yapıya sahiptir.

Kamu alt sistemi nüfusun %68,3'ünü kapsamı altına almaktadır. Bu kapsam içine kamu alt sistemine dâhil olmak isteyen sigortalılar ve sosyal güvencesi olmayıp devlet tarafından finanse edilen kişiler girmektedir. Silahlı Kuvvetlerin kendi mensupları için özel sağlık sistemi vardır ve nüfusun %14,1'ini kapsar.

Özel alt sistemin kapsamı içine, özel sağlık sigorta işletmelerine bağlı olan %17,6'lık bir kesim girmektedir. Özel alt sistem iş kazaları ve mesleki hastalıkları kapsayan iş güvenliği sağlayan kurumlarının verdiği sağlık hizmetlerini de kapsamaktadır.

Bütün çalışanlar sağlık sigortasına sahip olmak için vergiye tabi gelirlerinin %7'sini sağlık sigortası prim (katılım) payı olarak vermek zorundadırlar. Bu ödemeleri yapan sigortalı sosyal güvence olarak kamu sistemi (Ulusal Sağlık Fonu FONASA) ya da özel sistemden (ISAPRE) birisini seçmekte özgürdür (1/6).

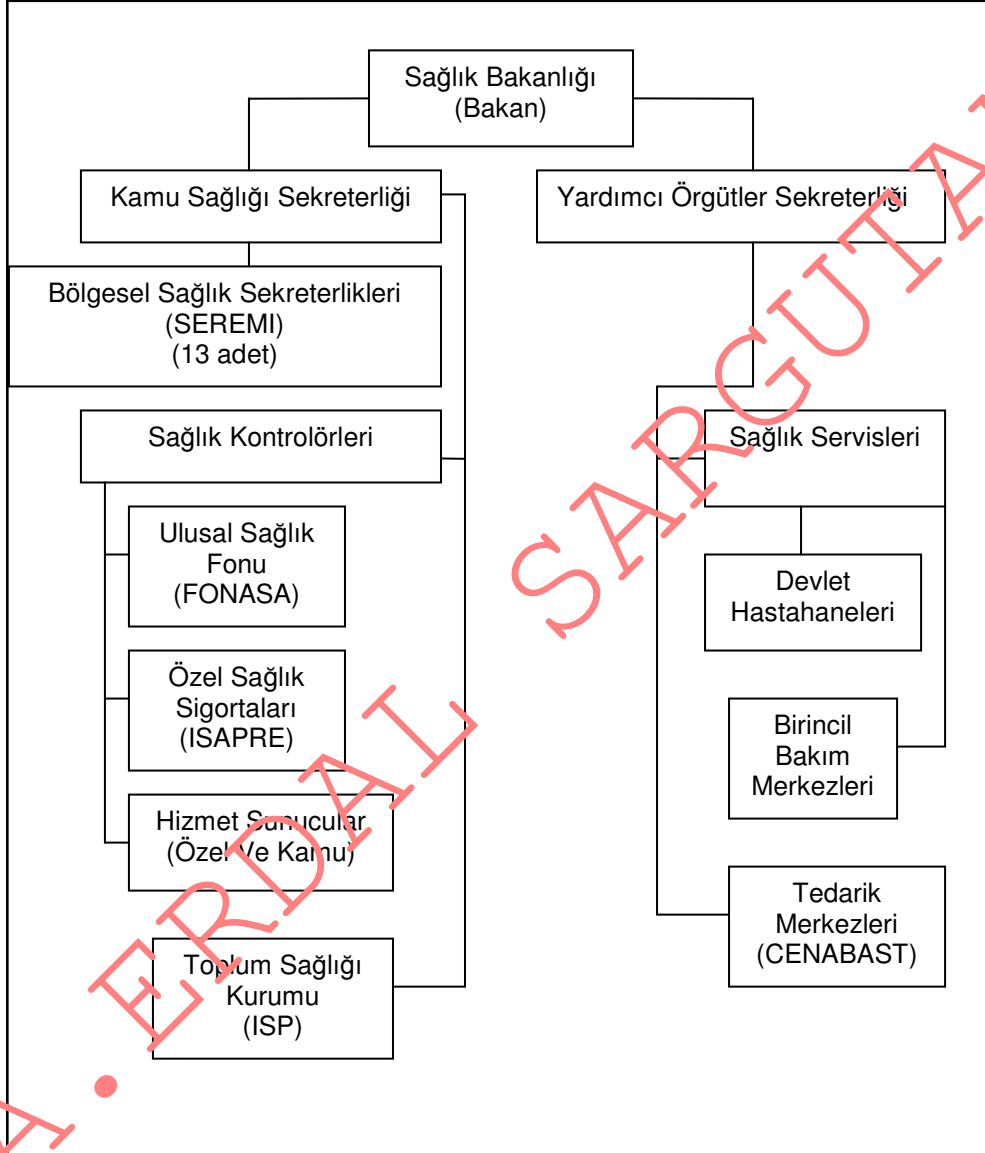
II.3.1 Kamu Sağlık Alt Sistemi

2005 yılındaki yeni Sağlık Yetki Ve Yönetim Yasası ile kamu sağlık sisteminin örgütsel ve yönetsel yapısı değişmiştir.

Sağlık Bakanlığının yapısı Bakan, Yardımcı Örgütler Sekreterliği, Kamu Sağlığı Sekreterliği ve Bölgesel Bakanlık Sekreterlerinden oluşmaktadır.

Sağlık Bakanlığı sağlık politikalarının yapıcısı, düzenleyicisi ve kontrol edici mekanizmasıdır.

Şema 1: Sağlık Bakanlığı Örgüt Yapısı



Kaynak: (2) MOH (2005) Health Care Reform in Chile, Ministry of Health, Chile, s:26

Sağlık Bakanlığı'nın görevleri şunlardır:

- Sağlık sektörünü yönetmek ve yönlendirmek,
- Teknik, yönetsel ve finansal konularda genel düzenlemeler yapmak,
- Toplumun sağlık durumunu izlemek ve değerlendirmek,

- Sağlık sektörü bütçesini belirlemek,
- Genel kapsamlı sağlık erişim sistemini belirlemek, değerlendirmek ve güncellemek,
- Sağlık sektörünün stratejik ana hatlarını belirlemek, değerlendirmek ve güncellemek,
- Sağlık hizmeti veren kurumların donanım ve alt yapı politikaları ve yatırım standartlarına karar vermek,
- Sağlık hizmeti ağını etkin eşgüdüm sağlayacak şekilde değiştirmek,
- Sağlık kurumları sisteminin akreditasyon ve kurulmasını sağlamak (1/7).

Yardımcı Örgütler Sekreterliği

Sağlık hizmeti eylemlerinin düzenlenmesi ve toplum sağlığına bütüncül bir yaklaşım sağlamak için sağlık hizmeti sisteminin geliştirilmesinden sorumludur. Sağlık Servisleri (SS) ve Ulusal Sunum Merkezi (CENABAST) bu Sekreterliğine bağlı olarak çalışmaktadır (1/7).

Sağlık Servisleri

Sağlık hizmetleri Yardımcı Örgütler Sekreterliği altında verilmektedir. Ülke genelinde 28 Sağlık Servisi bölgesi mevcuttur. Sağlık Servislerinin (SS) yönetsel özerklikleri mevcuttur. Sağlık Servislerinin temel görevleri tedavi edici, koruyucu ve sağlık seviyesini yükseltici çalışmalar ile gerekli önlemlerin alınmasından sorumludur. Bu faaliyetler farklı düzeylerde hizmet veren 194 hastahane, hastahanelere bağlı olarak veya birincil düzeyde işletilen birincil sağlık hizmet merkezleri tarafından sağlanmaktadır. Sağlık Servisleri Yöneticisi kendi yetki alanındaki farklı düzeylerde örgütlenmiş sağlık kurumlarının planlama, eşgüdüm ve kontrollerini yapmakla sorumludur. Birincil sağlık hizmeti tesisleri belediyeler tarafından işletilseler bile her birincil sağlık merkezi ulusal sağlık hizmeti ağına kayıt olmak zorundadır (1/7,8).

Ulusal Sunum Merkezi (CENABAST)

Ulusal Sunum Merkezi Yardımcı Örgütler Sekreterliği altında faaliyet göstermektedir. Merkez ulusal sağlık hizmeti sistemine dâhil olan kuruluşlar için ilaç ve tıbbi malzeme arz ve tedarikini gerçekleştirmekle görevlidir (1/8).

Kamu Sağlığı Sekreterliği

Kamu Sağlığı Sekreterliği sağlık seviyesini yükseltme, gözetme, nüfusu etkileye● hastalıkların kontrolü ve önlenmesi ile ilgi problemlerin çözümü ile görevli birimdir (1/9).

Ulusal Sağlık Fonu (FONASA)

Bu örgüt Sağlık Bakanlığının bir parçası olarak kurulmuştur. Görevi sağlık sektörüne tahsis edilen kamu finansal kaynaklarının toplanması, idare edilmesi ve dağıtılmasıdır. Sağlık hizmetlerinin sadece vergiye tabi kazancın %7'sini aldıkları kişilere değil, aynı zamanda sağlık hizmetleri için ödeme gücü olmayan kişilerin devlet tarafından doğrudan finansmanı ile sunumunu yapmakla sorumludur. Bu şekilde FONASA 10 milyon kişiyi sağlık kapsamına almaktadır.

FONASA'ya iki şekilde üyelik vardır. Birincisi Kurumsal Üyelik ve ikincisi Serbest Seçimli Üyeliktir. Birincisinde kişi sağlık hizmetlerine bağlı olarak kamu hastahanelerinden herhangi birine başvuru yapıp tedavi olabilir. Serbest Seçimli Üyelikte ise FONASA ile yapılan üyelik anlaşmasına göre kamu ya da özel sağlık kuruluşlarından sağlık hizmeti alınabilmektedir (1/9).

Toplum Sağlığı Kurumu (ISP)

Bu örgüt Kamu Sağlığı Sekreterliğinin bir parçası olarak kurulmuştur. Kurumun görevleri; mikrobiyoloji, immünoloji farmakoloji, klinik laboratuvar ve çevre kirliliği alanlarından ulusal araştırma laboratuvarı olarak hizmet vermek, ilaç, besin ve diğer tıbbi ürünler konusunda kalite kontrol ile ilgili faaliyetleri yürütmek. Sağlık Bakanlığının onayladığı biyolojik ürünler ile ilgili programları işletmektedir (1/9,10).

Ayrıca örgüt Bulaşıcı Hastalıklar Bölümü ile birlikte epidemiyolojik gözlemleri de yerine getirmektedir (5/4).

Bölgesel Sağlık Sekreterlikleri (SEREMI)

Her vilayet bölgesinde bölgesel sekreterlikler (SEREMI) bulunmaktadır. Bu otoriteler, o bölgedeki kamusal sağlık hizmetlerinin uygulanması ve kontrolünden sorumludurlar.

SEREMI teşkilatları bölgesel hükümet kabinelerinin birer parçasıdır. Her bölgede bir adet olmak üzere toplam 13 SEREMI mevcuttur (2/25).

Sağlık Kontrolörleri

Sağlık kontrolörleri özel sağlık sigortaları (ISAPRE) ve Ulusal Sağlık Fonunu (FONASA) mali açıdan denetler ve vergilendirilmelerini yaparlar. Aynı zamanda kontrolörler kamu ile özel sağlık sunucularının kurumsal ve elemanları açısından akreditasyon ve sertifikasyon işlemlerini yapmakla da sorumludurlar (2/26).

II.3.2. Silahlı Kuvvetler Sağlık Hizmeti Sistemi

Ülkedeki silahlı kuvvetlerin kendilerine ait sağlık sistemleri mevcuttur. 1996 yılında düzenlenmesi yapılmıştır. Buna göre silahlı kuvvetler sağlık sistemi yararlanıcılara ve ailelerine tedavi edici, koruyucu ve sağlık seviyesini yükseltici sağlık hizmetleri vermeye sorumludur.

Silahlı kuvvetler sağlık sistemi nüfusun %14.1'ini kapsamı altına almaktadır. Sistem içerisindeki sağlık kurumları tüm halka açıktır ve Ulusal Sağlık Fonu (FONASA) ve özel sağlık sigorta işletmeleri (ISAPRE) ile de hizmet sunumu için anlaşmalar yapmaktadır (1/12).

II.3.3. İşçi Güvenliği Kuruluşları

İşçi güvenliği kuruluşları 1968 yılında iş kazaları ya da çalışma koşulları nedeniyle risk altında bulunan işçileri koruma altına almak amacı ile kurulmuştur.

Bu kuruluşlar en iyi hastahane, klinik ve bakım merkezlerini bünyesinde bulundurmakta ve farklı uzmanlık alanlarında hizmet vermektedir (1/12).

II.3.4. Özel Sağlık Alt Sistemleri

1974 yılında bu yana ülke ekonomik kalkınma modelinde yapısal değişimler olmuştur. Piyasa ekonomisine doğru yönelim ve daha geniş çapta özel teşebbüs katılımı amaçlanmıştır.

1979 yılındaki sağlık sektörü reformunda devletin rolü düzenleyici ve kural koyucu olarak ortaya çıkmıştır. Reformlar ile birlikte devletin sağlık yönetimi ve zorunlu katılım üzerindeki tekelci yapısı kalkmıştır. Çalışanlardan sağlık hizmeti için alınan zorunlu paylar özel kurumlar tarafından da toplanabilmeye başlanmıştır. Böylece kamu sektöründen faydalananların sayısında azalma olmuştur.

Bu yapı içerisinde 1981 yılında özel sağlık sigortası işletmeleri (ISAPRE) ortaya çıkmıştır (1/11).

II.4. Kamu Sağlığı Planı

Sağlık Bakanlığı;

- Toplumun sağlık durumunun korunması ve geliştirilmesinden,
- Koruyucu ve önleyici politikaların belirlenmesinden,
- Sağlık alışkanlıklarının ve yaşam kalitesinin artırılmasından,
- Zamanında ve yeterli tedavi gerektiren hastalıklara karşı koruma sistemlerinin hiçbir ayırım gözetmeksizin toplumun tamamı tarafından kullanımının sağlanmasından birinci derecede sorumludur.

Şili, kendisini benzer gelişmişlik düzeyindeki diğer ülkelerle aynı pozisyona getiren çalışmalar gerçekleştirmiştir. Toplumun gelişme düzeyi göz önüne alınarak beklenen sağlık durumu ile mevcut ulaşılan sağlık durumu arasındaki farklılık, 20. yüzyılın ikinci yarısından itibaren geliştirilen sağlık politikalarının uygulanması ile ilgilidir. Yine de, tüm bu başarılarla rağmen ölüm oranının düşüklüğü ve hayat beklentisindeki yükselme toplumun tüm kesimlerine homojen bir şekilde dağıtılamamıştır. Toplumdaki bu sosyal dengesizlik, sosyoekonomik farklılıklar, eğitim düzeyindeki düşüklükler, coğrafik çeşitlilikler, sağlık hizmetlerine erişimde ve sağlık hizmetlerinin finansmanında karşılaşılan nitel farklılıklarla açığa çıkmaktadır.

Şimdiye kadar yapılan reformların ana bileşenlerinden olan, tüm sağlık tüm toplumun (ünivesal) yararlanmasının planlaması, Devletin sağlık hizmeti sorumluluğunu teşkil etmiştir.

Şu anda, sağlık hizmetinde belirlenen yararları ünivesal erişim planı, bireysel düzeyde faydalar sağlamaktadır. Kolektif düzeyde farklı yollarla gerçekleştirilen faydaları içermemektedir.

Kamu sağlık planını daha açık işler hale getirmek için kolektif hizmetlerle ilgili olarak sigortalılara verilen garantilerin güncellenmesi ve toplumun sağlık durumunu etkileyen faktörlere müdahale edilmesi önem arz etmektedir.

Geçmiş yıllarda sağlık otoritesi tarafından sağlık hizmetleri uygulamalarında gösterilen tembellik de söz konusudur. Güncel perspektifleri içeren bir kamu sağlık planının uygulamaya konulması işi, iki görevin eşzamanlı olarak yerine getirilmesini gerektirmektedir:

- Planın ve yapılacak müdahalelerin tasarlanması,
- Sağlıkla ilgili bölgesel otoritenin konumunun güçlü bir platformda tekrar belirlenmesi ve geliştirilmesi,

Bu, kuruluşun ve işlemsel planının eşzamanlı gelişmesidir. Kamu Sağlığı Planı mevcut durumdaki ve gelecekteki sağlıkla ilgili hedefleri de içermektedir (3/3).

Kamu sağlığı planının tasarlanması, daha önce Sağlık Servisleri adındaki otorite tarafından gerçekleştirilen ve mevcut durumda bölgesel sağlık otoriteleri tarafından gerçekleştirilmekte olan sağlık hizmetlerinin kademeli olarak dönüşümüne yöneliktir. Bu kademeli dönüşüm, Kamu Sağlığı Sekreterliği ve Bölgesel Sağlık Otoritesi tarafından kabul edilen yönetsel taahhütlerle de desteklenmektedir.

Kamu Sağlığı Planı, sonuç olarak, sadece beklenen bir sağlık örgütü olarak değil, aynı zamanda bir değişim enstrümanı olarak işlev görmektedir. Kamu Sağlığı Planı, ülkedeki sağlık yapısının kurumsal dönüşümünü sağlayacak bir araç haline almıştır (3/5).

II.5. Sağlık Hizmetlerinin Sunumu

Ulusal sağlık hizmet sistemi içerisindeki toplam yatak sayısı 2003 yılı Aralık ayı verilerine göre 28,702'dir.

Yatakların klinik hizmetlere göre dağılımı şöyledir (1/17,18).

Tablo 2: Klinik Hizmetlere Göre Yatak Sayısının Dağılımı (2003)

Klinik Hizmetler	Sayı
TOPLAM	28.702
Tıbbi	5.276
Cerrahi	3.587
Pediyatrik	4.535
Obstetrik ve Jinekolojik	4.639
İhtisas	6.596
Yoğun Bakım Üniteleri	633
Ara Bakım Üniteleri	738
Diğer	1.208
Özel Hizmetler	1.490

Kaynak: (1) MOH (2005) An Overview of the Chilean Health System, Ministry of Health, Chile, s:17

1990 yılında ortalama hastahane yatış süreleri 7.7 gün idi. 2002 yılında gün sayısı 6.1'e gerilemiştir. Bu azalma sağlık hizmetlerinin daha verimli olarak sağlanması, daha etkili tedavi süreci ve teknolojik ilerlemeler sayesinde sağlanmıştır (1/17,18).

II.5.1. Birincil Sağlık Hizmetleri

Ülkedeki birincil bakım 1980 yılında bu yana tamamen belediyelerin sorumluluğu altındadır.

Şili'deki birincil sağlık hizmetlerinin dağılımı şöyledir: 262 adet Şehirsal Genel Sağlık Hizmeti Merkezi, 154 adet Kırsal Genel Sağlık Hizmeti Merkezi, 105 adet Acil Birincil Bakım Merkezi, 35 adet Ruh Sağlığı Merkezi, 120 adet Birincil Bakım Merkezi, 57 adet Aile Sağlık Merkezleri bulunmaktadır (1/19).

II.5.2. İkincil Ve Üçüncül Sağlık Hizmetleri

Ülke genelinde yataklı tedavi hizmetleri 28 sağlık servisi (SS) bölgesine bağlı olarak hizmet veren 194 hastahane tarafından sağlanmaktadır.

Ulusal sağlık hizmet sistemi hastahaneleri şu şekilde sınıflandırılabilir:

Birinci Ve İkinci Tip Hastahaneler (Yüksek seviyede hizmet veren hastahaneler): Bu tarz hastahaneler tıp, cerrahi, obstetrik-jinekoloji ve pediatri gibi alanlarda hizmet veren ihtisas hastahaneleridir. Ülke genelinde 59 hastahane hizmet vermektedir. Bu hastahaneler ileri teknoloji kullanan birimler olması nedeniyle genel hastahanelerden hasta kabul etmektedirler.

Üçüncü Ve Dördüncü Tip Hastahaneler (Orta ve düşük seviyede hizmet veren hastahaneler): Bu tarz hastahaneler farklı şehirlerde ve büyük şehirlerin uzağında kalan yerleşim birimlerinde bulunmaktadır. Söz konusu hastahaneler temel sağlık problemlerini çözmekte ve daha karmaşık durumlarda birinci ve ikinci tip hastahanelere sevk yapmaktadırlar. Ülke genelinde 12 kuruluşu içeren 135 sağlık tesisi mevcuttur. (1/20)

Yüksek seviyede hizmet veren hastahanelere daha fazla güç ve önemli ölçüde yönetsel özerkliğe erişim yeteneği verilmektedir. En ileri yapıdaki 56 hastahanelenin 2009 yılı sonu itibarıyla tam yönetsel özerkliğe ulaşması beklenmektedir.

Kentsel düzeydeki temel sağlık hizmetleri belediyelerin yönetimi altında hizmet verirken, ilgili belediyeler ve sağlık hizmetleri yönetimi arasında yapılan anlaşmalarla düzenlenerek destek örgütlerinin bir parçası haline gelmiştir (2/25).

Kamu sağlık hizmeti yapısı içerisinde Tedavi Ve Teşhis Merkezleri (TTM), Havale Edici Sağlık Merkezleri (HSM), Uzman Hekimli Ayakta Tedavi Merkezleri de (UATM) bulunmaktadır.

Tedavi Ve Teşhis Merkezleri (TTM)

Tedavi Ve Teşhis Merkezleri ayakta tıbbi hizmet sağlayan bir hayli ileri kuruluşlardır. Daha alt düzeydeki merkezlerden havale edilmiş kişiler ve yatakta tedavi görmüş hastalar için teşhis ve tedavi alanında hizmet sağlamaktadır.

Kamu sağlık sistemi içerisinde 6 TTM vardır ve bunların hepsi metropolitan alanlarda bulunmaktadır.

Havale Edici Sağlık Merkezleri (HSM)

Bu merkezler orta seviyede hizmet veren ayakta tedavi merkezleridir ve üst kademelere havale hizmeti sağlamaktadırlar. Kamu sağlık sistemi içerisinde 5 HSM vardır ve bunların hepsi metropolitan alanlarda bulunmaktadır.

Uzman Hekimli Ayakta Tedavi Merkezleri (UATM)

Bu merkezler hastahanelerin bünyesinde bulunmaktadır ve farklı dallardaki uzman hekimler tarafından ayakta tedavi hizmeti sağlamaktadırlar (1/20).

II.6. Sağlık Sisteminin Finansmanı

1999 yılında, kamu ve özel sağlık sigortalarından faydalanan kesimlerin toplam sağlık harcamaları kişi başına ortalama 279 USD olarak gerçekleşmiştir. Bu rakamın içinde Ulusal Sağlık Fonu (FONASA) kişi başına toplam harcaması 245 USD, özel sağlık sigortalarının (ISAPRE) toplam sağlık harcaması ise kişi başına ortalama 362 USD düzeyinde gerçekleşmiştir. Kamu sağlık sigortası sisteminin finansmanı devlet tarafından tahsis edilen ödenekler ve sigortalılardan alınan primlerle sağlanmaktadır (5/5).

2004 yılı Sağlık Bakanlığı bütçesi yaklaşık 2.47 milyar ABD Dolarıdır. Sağlık harcamalarının Gayri Safi Yurtiçi Hâsılaya oranı sürekli olarak artmaktadır. 1995 yılında sağlık harcamalarının Gayri Safi Yurtiçi Hasılaya oranı %2,2 iken 2002 yılında %2.9 olmuştur (2/10).

Onlarca yıl boyunca, Şili'de sağlık sigorta sistemine katılım çalışanlar için bir zorunluluk olagelmıştır. 1981 yılından bu yana çalışanların katıldığı iki sigorta sistemi bulunmaktadır. Biri işçiler için kurulmuş bir sigorta, diğeri memurlar için kurulmuş sigortadır. 1981 yılından bu yana ücretli çalışanların bu sigortalardan vazgeçip istedikleri özel bir sigortayı da seçme hakları bulunmaktadır. Hali hazırda, ücretli çalışanların sigorta primleri gelirlerinin %7'sine karşılık gelmektedir.

Özel sağlık sigortaları (Instituciones de Salud Previsional, ISAPRE) ile Ulusal Sağlık Fonu (Fondo Nacional de Salud, FONASA) tarafından yönetilen sağlık sigortası arasındaki fark primlerin belirlenmesinde ortaya çıkmaktadır. Özel sigorta şirketleri primlerini gruplara göre belirlemektedirler. Yani, primler yaş, cinsiyet, aile durumları ve benzeri farklılara göre belirlenmektedir. Ulusal Sağlık Fonu tarafından yönetilen sigortalarda ise primler sadece gelir düzeyi ölçü alınarak belirlenmektedir. Kamu sağlık sigortası sisteminde insanlar yaşlarından, aile büyüklüklerinden veya sağlık durumlarından bağımsız bir şekilde, gelirlerinin %7'si oranındaki primlerini ödeyerek sağlık sigortasına kaydolabilirler.

Kamu sigorta sisteminde prim tutarları ile sağlık yardımları arasında bir ilişki yoktur. Kişi ne kadar prim öderse ödesin, aynı yardımları alır. Özel sağlık sigortaları ise sigorta edilen ailenin toplam sağlık riski ve prim oranlarına göre değişen farklılaştırılmış paketler sunmaktadırlar (9/3,4).

Şili Karma Sağlık Sigortası Sisteminin İşleyişinin Analizi

25 yıllık tarihi olan bu Şili karma sağlık sistem, eşitlik üzerinde olumsuz etkileri olduğu iddia edilerek eleştirilmektedir. Bu eleştirilerden biri de, kamu sağlık sigortasından vazgeçme hakkının sistemdeki dayanışmayı azalttığı görüşüdür. Ayrıca, kamuoyu anketleri, halkın büyük çoğunluğunun, kaliteli sağlık hizmetlerine erişimin tüm Şili vatandaşları için geçerli olmadığı görüşüne sahip olduğunu göstermektedir.

Yukarıda zikredilen eleştirilere ilaveten, sistemin genel çerçevesi ile ilgili olarak, özel sektörün kamu sektöründen "kaymak tabaka" diye tabir edilen en düşük riskli kimseleri sistemlerine hususunda eleştiriler de mevcuttur (9/3,4).

Tablo 3: 2000 Yılı Sağlık Harcamaları Ve Finansman Bileşimi (%)

Sağlık Harcamaları	Mali Harcamalar	Sigorta Ödemeleri	Doğrudan Kişisel (cepten) Ödemeleri	Diğer	Toplam
Kamu Sağlık Altyapısı	5.2	-	-	-	5.2
Kamu Sağlık Sistemi	14.7	14.9	8.3	3.6	41.5
Özel Sağlık Sistemi	0.4	21.8	22.6	0.5	45.3
Diğer: Silahlı Kuvvetler, İşçilerin Sigorta Tazminatları	0.6	1.6	0.3	5.5	8.0
Toplam	20.9	38.3	31.2	9.6	100

Kaynak: (7) MOH (2003) Health Profile of Women and Men in Chile, Ministry of Health, Chile, s:92

Yukarıda da belirtildiği üzere, Şili kamu sağlık sigortası sisteminin finansmanı için, emekliler ve ücretli çalışanlar, gelirlerinin %7'si oranında prim ödeyerek sisteme üye olmak zorundadırlar. Kamu sigorta sistemi ücretli çalışanlardan alınan primlerle, kamu transferleriyle ve katkı paylarıyla finanse edilmektedir.

Mevcut durumda, toplam sigortalıların 1/3'ü özel sağlık sigortasını tercih etmektedir. Emekliler hesaba katılmadığı zaman bu oran %50'ye yükselmektedir. 1996 yılı sosyoekonomik anketine göre, Şili'de en düşük iki gelir grubundaki ailelerin %80'i kamu sağlık sigorta sistemine kayıtlıdır (9/4,5).

Şili'deki mevcut karma sisteme yapılan birçok eleştiriye göre, özel sağlık sigortası şirketleri düşük riskli sigortalıları kamu sigortasından çekip, yüksek riskleri kamu sigortalarına yükleyerek piyasanın kaymağını almaktadırlar.

Kamu sigortası tarafı tüm risk gruplarıyla ilişki içerisinde olmasına karşın sorun, bu durumun özel sigorta tarafındaki kasıtlı davranışlarla açıklanıp açıklanamayacağıdır. Bu olgu sistemin teşvik yapısından kaynaklanmaktadır.

Bu iki alt sistemin farklı fiyatlandırma politikaları bulunmaktadır. Kamu sisteminde kişiler gelirlerine göre ödeme yaparlar. Özel sistemde ise ödemeler sigorta edilecek kişinin ya da ailenin riskine göre farklılaşmaktadır. Bu fiyatlandırma davranışlarındaki etkileşim kişileri iki gruba ayrılmaktadır: birinci grup, gelir düzeyi yüksek ve sağlık durumu iyi kimselerden, ikinci grup ise fakir ve hastalıklı kimselerden oluşmaktadır.

Her iki sistemde de fiyatların ve primlerin tespiti, sigortalıların gelir düzeyi ve riske göre sınıflandıran sisteme çok güçlü avantaj sağlamaktadır. Kamu sistemi gelire, özel sistem de riske göre hareket ettiği için, bu durumun iki çeşit etkisi ortaya çıkmaktadır. Birincisi, belli bir risk düzeyinde, görece olarak gelir düzeyi düşük olanlar özel sigortalı daha pahalı bulacak, yüksek gelir grupları ise daha ucuz olarak değerlendirileceklerdir. İkincisi, belli bir gelir düzeyinde, yüksek risk grupları kamu sağlık sigortasını görece olarak değerlendirirken özel sigorta sistemini pahalı bulacaklardır.

Bu durum şöyle açıklanmaktadır:

1. Sigortalıların gelir düzeylerinde artış meydana geldiğinde kişilerin kamu sağlık sigortası sisteminde ödemesi gereken primler de yükselmektedir. Kişilerin riski değişmediği için sistemden beklenen yardımlar da değişmeyecektir. Bu durum sigorta fiyatının artışı olarak kamu sistemine yansımaktadır. Özel sistemde ise, gelir ve zorunlu prim artışı durumunda özel sigorta firması tarafından sigortalıya daha iyi bir plan teklif edilir. Etkin (primler ve beklenen harcamalar arasındaki fark) fiyat değişmez.
2. Sağlık durumu ya da risk düzeyi düştüğünde, kamu sağlık sigortası sisteminde %7 prim alınmaya devam edilir. Sistemden beklenen fayda düzeyi arttığı için, bu kamu sigortası için fiyat düşüşü anlamına gelmektedir. Özel sektörde ise, sigorta şirketleri primlerini limitler dâhilinde artırır. Bu yüzden, sigortalılar seçimlerini iyi yapmak zorunda kalırlar. Özel sistemde bu durumda etkin fiyat aynı seviyede kalmaktadır (9/5,6).

Emeklilerin alacakları maaşların önceden belli olduğu "getirisi belli (defined-benefit) maaş esaslı Dağıtım (Pay-as-you-go: PAYG) sistemi" yerine, Dünya Bankası'nca önerilen ve özel sigorta fonlarınınca yürütülmesi istenen "katkı belirlenimli, yatırım esaslı (defined-contribution) fon sistemi", dünyada ilk kez Şili'de diktatörlük altında uygulandı. Bu modelde her sigortalının kendine ait bir sigorta fonu oluyor ve sadece işçinin maaşlarından kesilen primler bu fona yatırılıyordu. Fonda biriken paralar sigorta şirketleri tarafından (hesap sahiplerinin tercihleri de dikkate alınarak) hisse senetleri ve hazine bonolarına yatırılıyor ve hesapta biriken paralar, kazanımlarıyla birlikte, emeklilik yaşına gelmiş olan kişi tarafından irat (annuity) satın almakta kullanılıyordu. Kişinin alacağı emeklilik maaşı, birikimlerine ve onların getirisine bağımlı kılınarak, her kişinin kendi sorumluluğunu alması öngörülmüştü.

Bu model, Dağıtım modelinin sahip olmadığı bireysel tasarruf oranlarını artırma özelliğine sahipti. Her kuşak kendi hesabı emeklilik yaşına kadar biriktirileceğinden, fonlar tasarrufları müthiş biçimde yükseltecek, bu tasarruflar da hem sermaye piyasalarını canlandırıp büyütecek, hem de yatırımları finanse ederek ekonominin büyüme hızını artıracaktı (14/3,4).

Şili'de faaliyet gösteren sigorta şirketlerinin yüksek işletme maliyetleri, çalışanların emeklilik birikimlerinin neredeyse dörtte birlik kısmının yüksek rantlar, reklâm maliyetleri ve bu şirketlerin yöneticilerine yüksek maaşlar şeklinde aktarılması sıklıkla değinilen bir konu olmuştur. Şimdi bu eleştirilere sistemin ilk emekli mağdurlarının acı şikâyetleri de eklenmektedir. Zamanında hükümetin propagandaları doğrultusunda var olan kamu emeklilik planından çıkıp özel emeklilik planlarına geçen binlerce kişi, kendisiyle aynı durumda olup kamu sisteminde kalan emsallerinden çok daha az emekli maaşı almanın hayal kırıklığını yaşamaktadır. Örneğin, New York Times'da çıkan bir habere göre ve çalışırken 950 ABD \$'ı maaş alan ve 66 yaşında emekli olan bir işçi, 20 yıllık biriken hesabıyla ayda 315 ABD \$'ı gelir sahibi olabilmiştir. Kendisiyle aynı konumda olan fakat özel plana geçmeyen emsalleri 700 ABD \$'ı emekli maaşını ölene kadar alabileceklerdir (Rochter, Larry (2005), Chile's Retirees Find Shortfall in Private Plan, New York Times, 27 Ocak 2005). Benzer konumdaki binlerce işçi Emeklilik Mağdurları Derneği adı altında örgütlenmiş durumdadır. Bu derneğin şimdilik 157,000 üyesi vardır (14/40,41).

II.7. İnsan Kaynakları

Ulusal sağlık hizmetleri içerisinde 74,000'den fazla kişi ve belediyelerin birincil bakım merkezlerinde 22,000'den fazla kişi istihdam edilmektedir.

Şili'deki doktor sayısı 27,000 olarak hesaplanmaktadır ve her 1000 kişiye 1,8 doktor düşmektedir.

Kamu sağlık harcamalarının %51'ini personel harcamaları oluşturmaktadır (1/18).

II.8. Sağlık Malzemeleri Ve Sağlık Teknolojisi

Sağlık araştırmaları ağırlıklı olarak üniversitelerde ve araştırma merkezlerinde yapılmaktadır. Hükümet, Ulusal Bilim Ve Teknoloji Kurulu aracılığıyla sağlık alandaki bilimsel çalışmalar için teşvikler sağlamaktadır. Bu çalışmalar halk sağlığı alanından çok, temel bilimler ve klinik alanlardaki araştırmaları içermektedir. Ülkenin öncelikli sağlık problemleri için gerekli araştırmaların yapılabilmesi için Sağlık Bakanlığı tarafından, sağlık politikaları kapsamında ulusal araştırma politikası ortaya konulmuştur (5/5).

2000 yılında, sağlık alanında teknik işbirliği kapsamında yurt dışı kaynaklı fonlar temin edilmiştir. Temin edilen bu fonlar, yaşam kalitesinin artırılması, ruh sağlığı, epilepsi hastalığı araştırmaları, sağlığa erişimde eşitlik gibi projelerin finansmanında kullanılmıştır. Birleşmiş Milletler ile ve ulusal ve uluslararası birimler ile ortak çalışma alanları oluşturulması amacıyla çalışmalar yapılmıştır (5/5).

III. ŞİLİ VE TÜRKİYE SAĞLIK SİSTEMLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

Tablo 4: Şili Ve Türkiye'nin Bazı Sağlık Göstergeleri

Gösterge	Şili	Türkiye
Toplam Nüfus , (2002)	15,806,000	71,325,000
1993'den 2003 kadar Yıllık Ortalama Nüfus Artış oranı (%)	1,4	1,6
Bağımlı Nüfus Oranı (%), (2002)	54	56
60 Yaş Üzeri Nüfus (%), (2002)	10,9	8,2
Kaba Doğurganlık Hızı, (2002)	2,3	2,4
Ortalama Yaşam Süresi (yıl), (2003)	77	70
5 Yaş Altı Erkek Çocuk Ölüm Hızı (‰) (2003)	10	40
5 Yaş Altı Kız Çocuk Ölüm Hızı (‰) (2003)	9	38
15-59 Yaş Arası Erkek Kaba Ölüm Hızı (‰) (2003)	133	176
15-59 Yaş Arası Kadın Kaba Ölüm Hızı (‰) (2003)	66	111
Erkek Ortalama Sağlıklı Yaşam Süresi (yıl) (2002)	74	61,2
Kadın Ortalama Sağlıklı Yaşam Süresi (yıl) (2002)	80	62,8
Kişi Başına Düşen GSM.H, (2002)	11,086	6,448
Gayri Safi Milli Hasıradaki Sağlık Harcamalarının Yüzdesi (%) , (2001)	5,8	6,5
Toplam Sağlık Harcamaları içerisindeki Devlet Harcamaları Payı (%) (2001)	45,1	65,8
Toplam Sağlık Harcamaları içerisindeki Özel Sektör Harcamaları Payı (%) (2001)	54,9	34,2

Kaynak: (10) WHO (2006) Country Health Indicators Chile, World Health Organization, s:1-3
 (11) WHO (2006) Country Health Indicators Turkey, World Health Organization, s:1-3

Şili sağlık sistemi toplumun sağlık ihtiyacını karşılamakla sorumlu iki ana alt sistemden oluşan karma bir yapıya sahiptir.

İki ana alt sistemden birincisi kamu alt sistemidir. Bu sistem, kapsamı içine nüfusun %68,3'lük kesimini almaktadır. Kamu alt sistemi kapsamı içine kamu alt sistemine dâhil olmak isteyen sigortalılar ve sosyal güvenceye sahip olmayıp devlet tarafından finanse edilen kişiler girmektedir. Silahlı Kuvvetlerin kendi mensupları için özel sağlık sistemi vardır ve nüfusun %14,1'ini kapsar.

İkinci ana alt sistem ise özel sektör alt sistemdir. Bu sistemin kapsamı içine Özel Sağlık Kuruluşları'na (ISAPRE) bağlı olan %17,6'lık bir kesim girmektedir. Özel alt sistem iş kazaları ve mesleki hastalıkları kapsayan Güvenlik Yardım Kurumlarının verdiği sağlık hizmetlerini de kapsamaktadır.

Şili sağlık sistemi başında Sağlık Bakanlığı bulunur. Ülke genelinde yatakta tedavi hizmetleri 28 Sağlık Servisi (SS) bölgesine bağlı olarak hizmet veren 194 hastahane tarafından sağlanmaktadır. Şili'deki birincil sağlık hizmetleri Şehirsel Genel Sağlık Hizmeti Merkezleri, Kırsal Genel Sağlık Hizmeti Merkezleri, Acil Birincil Bakım Merkezleri, Ruh Sağlığı Merkezleri, Birincil Bakım Merkezleri, Aile Sağlık Merkezleri tarafından sunulmaktadır. Birincil sağlık hizmeti tesisleri belediyeler tarafından işletilseler bile, her birincil sağlık merkezi ulusal sağlık hizmeti ağına kayıt olmak zorundadır.

Türkiye'de sağlık hizmeti kamu kuruluşları, yerel yönetimler, özerk kurumlar, özel girişimler ve insani yardım kuruluşları tarafından sunulmaktadır. Yataklı tedavi kurumlarının %80'i Sağlık Bakanlığı geriye kalan kısmı büyük ölçüde Türk Silahlı Kuvvetleri ve Üniversite hastahaneleridir. Koruyucu sağlık hizmetleri ile ayakta tedavi hizmetleri esas itibarıyla Sağlık Bakanlığı'na bağlı birimler ile belediyeler, işyeri hekimleri, özel teşhis ve tedavi poliklinikleri, muayenehaneler vasıtasıyla ülke genelinde verilmektedir.

Şili Sağlık Bakanlığının yapısı Bakan, Yardımcı Örgütler Sekreterliği, Kamu Sağlığı Sekreterliği ve Bölgesel Bakanlık Sekreterlerinden oluşmaktadır. Sağlık Bakanlığı sağlık politikalarının yapıcısı, düzenleyicisi, uygulayıcısı ve kontrol edici mekanizmasıdır.

Türkiye'de merkezci bir yönetim sistemi mevcuttur. Planlar, politikalar ve uygulamalar merkezi yönetim tarafından belirlenir ve yürütülür. Türkiye'de sağlık hizmetleri örgütünün başında Sağlık Bakanlığı bulunur. Sağlık hizmetlerinin planlanması ve yürütülmesi ile ilgili faaliyetler merkezi idare tarafından yerine getirilir.

Her iki ülke de Refah Yönelimli / Sigorta tipinin ağırlıklı olduğu sağlık sistemlerine sahiptir.

Şili'de tüm bireylere yönelik zorunlu, kişisel prim ödemeli sağlık sosyal sigortası talepte asıl uygulamadır. Finansmanın büyük bir kısmını doğrudan ve yarı-doğrudan ödemeler yoluyla kişiler karşılamaktadır. Kamu ve özel sağlık sigorta kurumlarının kapsam içine aldıkları kişiler için yaptıkları ödemeler ve devletin sosyal güvence kapsamında olmayanlar için yaptığı ödemeler talebin finansmanını karşılamaktadır.

Şili'de bütün çalışanlar sağlık sigortası kapsamına dâhil olmak için vergiye tabi gelirlerinin %7'sini sağlık sigortası prim ve katılım payı olarak ödemek zorundadırlar. Bu ödemeleri yapan sigortalı, sosyal güvence olarak kamu sistemi (Ulusal Sağlık Fonu FONASA) ya da özel sistemden (Özel Sigorta Kurumları ISAPRE) birisini seçmekte özgürdürler.

Türkiye'de sağlık hizmetlerinin talebinin finansmanı büyük ölçüde kişisel doğrudan ödemeler ve kişisel dolaylı ödemeler (sigorta primleri) yoluyla sağlanmaktadır. Çalışanların ve varsa işverenlerinin yaptıkları dolaylı ödemeler (primler) yolu ile finanse edilen sağlık sigortaları, doğrudan kişisel ödemeler ve gönüllü sağlık sigortaları talep finansmanının çok büyük bir kısmı karşılanmaktadır. Halen çalışmakta olan devlet memurlarının ve bakmakla yükümlü oldukları yakınlarının kişisel sağlık hizmeti talebi harcamaları ise kamu bütçesinden karşılanmaktadır. Ayrıca geliri olmayan ve sosyal yardıma muhtaç kişiler için kurulmuş olan Yeşil Kart sistemi de kamu kaynaklarından finanse edilmektedir.

Şili'de sağlık hizmetlerinin sunumunun finansmanında kamunun ağırlığı bulunmakla beraber karma bir yapı mevcuttur. Kamu sağlık kurumları, özel sağlık sigorta kurumları ve silahlı kuvvetler sağlık hizmeti sistemi sağlık hizmetlerinin sunumunu gerçekleştirmektedir.

Türkiye'de sağlık hizmetleri sunumunun finansmanı büyük ölçüde devlet tarafından karşılanmaktadır. Vergiler ile oluşturulan devlet bütçesinden Sağlık ve Savunma Bakanlıklarına, üniversitelere, hastahanelere finansman sağlanır. Döner sermayeden gittikçe büyüyen oranda sağlanan finansman sağlık hizmetlerinin sunum harcamalarının önemli bir bölümünü oluşturmaktadır. Geriye kalan kısım ise özel muayenehaneler, poliklinik ve klinikler, tıbbi görüntüleme ve laboratuvar merkezleri ile ilaç ve tıbbi cihaz üreticileri ve satıcıları tarafından karşılanmaktadır.

Sağlık göstergeleri karşılaştırıldığında Şili'nin genel olarak Türkiye'den daha iyi durumda olduğu söylenebilir.

Şili'de kişi başına düşen GSMH Türkiye'nin yaklaşık iki katıdır. Sağlık hizmetine erişimde eşitlik sorunu her iki ülkede de mevcuttur. Kırsal kesimlerde yaşayan insanların sağlık hizmetlerine ulaşımında yaşadığı problemler iki ülke de ortak sayılabilecek sorunlardandır.

KAYNAKLAR

1. MOH (2005) An Overview of the Chilean Health System, Ministry of Health, Chile
<http://www.minsal.cl/ici/ocai>
2. MOH (2004) Health Care Reform in Chile, Ministry of Health, Chile
<http://www.minsal.cl/ici/ocai/ref.pdf>.
3. MOH (2005) Public Healthcare plan, Ministry of Health, Chile
<http://www.minsal.cl/ici/ocai/forodoc2.pdf>.
4. USDS (2006) Chile Country Profile, United States Department of State, USA
<http://www.state.gov>
5. PAHO (2002) Country Health Profile, Pan American Health Organization,
http://www.paho.org/english/DD/AIS/cp_152.htm
6. UOK (2004) Health Situation in Chile, University of Kuopio, Finland,
http://www.uku.fi/kansy/eng/chile_2004.pdf
7. MOH (2003) Health Profile of Women and Men in Chile, Ministry of Health, Chile
<http://www.generoreforma.org/Chile/ChileProfile-Complete.pdf>
8. DTM (2003) Şili Ülke Profili, TC. Başbakanlık Dış Ticaret Müsteşarlığı, Ankara
<http://www.dtm.gov.tr/anl/raporlar/amerika.htm>
9. Sapelli, C.(2005) Risk Segmentation Moral Hazard and Equity in a Mandatory Health Insurance System, Pontificia University Chile,
http://www.gdnet.org/pdf/gdn_library/awards_medals/2005/medals_second.pdf
10. WHO (2006) Country Health Indicators Chile, World Health Organization,
<http://www3.who.int/whosis/country/indicators.cfm?country=chl>
11. WHO (2006) Country Health Indicators Turkey, World Health Organization,
<http://www3.who.int/whosis/country/indicators.cfm?country=tur>
12. Ana Yayıncılık (1993) AnaBritannica Temel Britanica Temel Eğitim ve Kültür Ansiklopedisi, Ana Yayıncılık A.Ş., İstanbul
13. Kapan, F. (1999) Şili Sosyal Güvenlik Sisteminde Sağlık Ve Emeklilik Sigortalarında Yaşanan Değişimler, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi
<http://www.sbe.edu.tr>
(Sayfa numaraları araştırmacılarca verilmiştir)
14. Alper, E. (2004) Emeklilik Reformları: Dünya Bankası, Avrupa Birliği Ve Türkiye, Boğaziçi Üniversitesi Sosyal Politika Forumu, İstanbul
<http://www.spf.boun.edu.tr/docs/discussionpaper3.pdf>

A. ERDAL SARGUTAN