

VENEZÜELLA SAğLIK SİSTEMİ

ARAŞTIRMA YÖNETİCİSİ - EDITÖR

Doç. Dr. A. Erdal SARGUTAN

ARAŞTIRMA GRUBU

M. Serdar SEZER

Barış YAZICI

Havva KÖLEMENOęLU

Gökçen GÜLTEKİN

A. ERDAL SARGUTAN

VENEZÜELLA SAĞLIK SİSTEMİ

ÖZET	2760
I. ÜLKE TANITIMI	2763
I.1. Coğrafya	2763
I.2. Tarihçe	2763
I.3. Sosyal Yapı	2765
I.4. İdari Yapı	2767
I.5. Ekonomi	2768
II. SAĞLIK SİSTEMİ	2770
II.1. Venezüella Sağlık Sisteminin Yapısı	2770
II.2. Ulusal Sağlık Politikası	2770
II.3. Sağlık Ve Hastalık Yapısı	2772
II.4. Sağlık Sisteminin Örgütsel Yapısı	2773
II.4.1. Kamu Sağlık Sektörü	2773
II.4.1.1. Sağlık Ve Sosyal Gelişim Bakanlığı	2773
II.4.1.2. Yerel Yönetimler	2775
II.4.1.3. Diğer Bakanlıklar Ve Kamu Kuruluşları	2775
II.4.2. Özel Sağlık Sektörü	2775
II.5. Sağlık Hizmetlerinin Finansman Yapısı	2775
II.5.1. Devlet Bütçesi	2776
II.5.2. Diğer Kamu Kuruluşları	2776
II.5.2.1. Sosyal Sigorta Kuruluşları Ve Sosyal Yardımlar	2777
II.5.2.1.1. Venezüella Sosyal Güvenlik Kurumu	2777
II.5.3. Dış Kaynaklar	2778
II.5.4. Kişisel Ödemeler	2779
II.5.5. Sağlık Harcamaları	2779
II.6. Sağlık Hizmetleri	2779
II.6.1. Birincil Sağlık Hizmetleri	2779
II.6.2. İkincil Ve Üçüncül Sağlık Hizmetleri	2780
II.6.3. Halı Sağlık Hizmetleri	2781
II.6.4. Sağlık İstatistikleri	2783
II.6.5. Sağlık İnsangücü	2783
II.6.6. Eczacılık Hizmetleri Ve İlaç Sanayi	2784
II.6.7. Bilimsel Araştırmalar Ve Tıbbi Teknoloji	2785
II.6.8. Geleneksel Tıp Uygulamaları	2785
II.6.9. Sağlık Hizmetlerinde Yapılan Yenilikler	2786
III. VENEZÜELLA VE TÜRKİYE SAĞLIK SİSTEMLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI	2788
KAYNAKLAR	2791

ÖZET

Güney Amerika'nın kuzeyinde yer alan Venezüella'nın adı 1498 yılında bölgeye gelen İspanyol kaşifler tarafından verilmiştir ve "Küçük Venedik" anlamına gelmektedir. Ülke çok büyük boksit, elmas, demir, doğal gaz ve petrol yataklarına sahiptir. Venezüella dünyanın sekizinci büyük petrol ihracatçısıdır. 2004 yılı nüfus tahminlerine göre ülkenin nüfusu 26,2 milyon kişidir. Nüfusun %93'ü kentse, alanlarda, %7'si kırsal alanlarda yaşamaktadır. Bölgesindeki en iyi okuryazarlık oranına sahip ülke konumunda olan Venezüella'da okuryazarlık oranı %93,4'dür.

1990'lı yıllardaki siyasi karışıklıklar ve ekonomik sıkıntılardan sonra Hugo Rafael Chavez Frias'ın Başkan seçilmesiyle 1999 yılında yeni bir Anayasa hazırlanmış ve bu çerçevede ülkede büyük bir sosyal dönüşümü başlamıştır. Yüksek petrol gelirleri sayesinde hükümet sosyal alanlarda büyük yatırımlar yapmaktadır ve ülkenin sağlık sistemi de bu sosyal dönüşümün bir parçası olarak bazı değişikliklere uğramaktadır.

1999 yılında kabul edilen Anayasa, sağlık sektörünün örgütsel modelini ve yasal alt yapısını belirleyerek sağlığı temel bir sosyal hak olarak tanımlanmış, sosyal, katılımcı, kapsamlı, eşit ve ücretsiz sağlık hizmetlerini sunmak için, Sağlık Ve Sosyal Gelişim Bakanlığı liderliği altında, sektörler arası işbirliğini temel alan, dağıtık yönetimli bir Ulusal Kamu Sağlık Sistemi'ni şart koşmaktadır. Kurulan Ulusal Kamu Sağlık Sistemi'nin finansmanının devlet tarafından yapılmasını şart koşmaktadır.

Venezüella'da sağlık alanında çalışan 2.400'ün üzerinde kuruluş vardır. Bu kuruluşlar kamuya ait kuruluşlar ile kâr amacı olmayan devlet dışı örgütleri de kapsayan özel sektöre ait kuruluşlardır. Kamu sektörü toplumun tümüne sağlık hizmetlerini sunmada en büyük sorumluluğu taşımaktadır. Kamu sağlık sektöründe Sağlık Ve Sosyal Gelişim Bakanlığı, Venezüella Sosyal Güvenlik Kurumu, Eğitim Bakanlığı Sosyal Yardım Kurumu ve Silahlı Kuvvetler Sosyal Yardım Kurumu etkin rol üstlenmektedir.

1999 yılında Sağlık Ve Sosyal Yardım Bakanlığı ile Aile Bakanlığı'nın birleştirilmesiyle oluşturulan Sağlık Ve Sosyal Gelişim Bakanlığı sağlık sektörüne öncülük etmektedir. Sağlık Ve Sosyal Gelişim Bakanlığı'nın ülke çapında 23 bölgesel bürosu bulunmaktadır. Sağlık Ve Sosyal Gelişim Bakanlığı'nın işlevleri eyalet sağlık yönetimleri ve belediye sağlık yönetimlerine dağıtılmıştır.

Venezüella'da nüfusun %65'i her hangi bir sigorta kuruluşuna bağlıdır. Kamu ve özel sigortalar arasında kapsayıcılığı ve kapsamı en büyük olan sigorta kuruluşu Venezüella Sosyal Güvenlik Kurumu'dur. Bu kurum işveren, işçi ve devletten sağladığı kaynaklarla finanse edilmekte olup, üyelerine ve onların bağımlılarına, genellikle kendi sağlık kuruluşları aracılığıyla sağlık hizmeti sunmaktadır.

Eğitim Bakanlığı Sosyal Yardım Kurumu sadece ayakta tedavi kliniklerine sahiptir ve diğer sağlık kuruluşları ile anlaşmaları vardır.

Özel sağlık sektörü, devlet dışı örgütler, tıbbi federasyonlar ve diğer sağlık çalışanları dernekleri, sağlık insangücü yetiştiren ve eğiten akademik kuruluşlar, özel sağlık sigorta şirketleri, özel sağlık hizmet kuruluşları, eczacılık endüstrisi ve sivil toplum örgütlerinden oluşmaktadır.

Kamu sağlık sektörünün finansmanını sağlayan başlıca kuruluşlar Sağlık Ve Sosyal Gelişim Bakanlığı, eyaletler, Silahlı Kuvvetler Sosyal Yardım Kurumu ve Eğitim Bakanlığı Sosyal Yardım Kurumu'dur. Başlıca finansman kaynakları Sağlık Ve Sosyal Gelişim Bakanlığı yoluyla merkezi hükümetten, hastahanelerinde sunduğu hizmetlerinden ve katılımcılarından gelen kaynaklar ile Venezüella Sosyal Güvenlik Kurumu'ndan gelmektedir. 1995 ve 2002 yıllarını kapsayan dönemde Ulusal Kamu Sağlık Sistemi'nin finansmanının %80'e yakın bir kısmı devlet bütçesinden, geri kalan kısmı ise Sosyal Güvence ödeneklerinden sağlanmıştır. Bütçenin %70'i ikincil sağlık hizmetlerine, %20'si birincil sağlık hizmetlerine, kalan %10'luk kısım ise yönetsel faaliyetlere tahsis edilmektedir.

Ulusal Kamu Sağlık Sistemi'nin parçası olan ayakta tedavi ve yataklı tedavi kuruluşları, karmaşıklık düzeyine ve problem çözme kapasitesine göre örgütlenmiş, kamu sağlık hizmetleri ağı içerisinde, hep birlikte ve eşgüdüm içerisinde, buldukları yerdeki nüfusa sağlık hizmetlerini sunmaktadır. Üç seviyede sağlık hizmeti sunulmakta ve her seviye artışında sunulan hizmetlerin karmaşıklığı da artmaktadır.

Birincil sağlık hizmetleri düzeyinde 4.804 ayakta tedavi kuruluşu bulunmaktadır. Bu kuruluşların %96'sını oluşturan 4.605 tanesi Sağlık Ve Sosyal Gelişim Bakanlığı'na aittir. Birincil sağlık kuruluşları Tip 1, Tip 2 Kırsal Ayakta Tedavi Kuruluşları ve Tip 1, Tip 2 ve Tip 3 Kentsel Ayakta Tedavi Kuruluşları olmak üzere sınıflandırılmışlardır. Kırsal Ayakta Tedavi Kuruluşları nüfusu 10.000'in altında olan bölgelerde, Kentsel Ayakta Tedavi Kuruluşları nüfusu 10.000'in üzerinde olan bölgelerde hizmet vermektedir. Sağlık Ve Sosyal Gelişim Bakanlığı'nın ayakta tedavi kuruluşları ağı nüfusun yaklaşık %80'ine hizmet sunmaktadır.

İkincil sağlık hizmetleri düzeyinde özel sektöre ait 344, kamu sektörüne ait 296 adet hastahane bulunmaktadır. Bu kuruluşların 214 tanesi Sağlık Ve Sosyal Gelişim Bakanlığı ya da eyalet yönetimleri altında, 33 tanesi Venezüella Sosyal Güvenlik Kurumu, 13 tanesi Silahlı Kuvvetler Sosyal Yardım Kurumu, 3 tanesi Venezüella Petrolleri, 29 tanesi Ulusal Geriatri Ve Gerontoloji Kurumu, 2 tanesi Venezüella Guyana İşbirliği Ajansı, 1 tanesi Miranda Belediyesi ve 1 tanesi de Caracas Eyalet Polis Gücü yönetimi altındadır. Kamu sağlık sektöründe birincil, ikincil ve üçüncül düzeyde kapsamlı sağlık hizmetini sunan, özellikle hizmet sunduğu nüfusun büyüklüğüne, yatak sayısına, sunduğu hizmetlerin karmaşıklık düzeyine ve farklı özellikteki fonksiyonlarına göre sınıflandırılmış Tip 1, Tip 2, Tip 3 ve Tip 4 hastahaneler vardır. En yüksek problem çözme kabiliyetine sahip hastahaneler başkentte ve eyalet merkezlerinde bulunmaktadır.

Son yıllarda başlatılan "Mision Barrio Adentro" adındaki proje ile özellikle nüfusun fakir ve risk altında bulunan kesimlerine sağlık hizmeti götürülmeye çalışılmaktadır.

Bu proje kapsamında birincil sağlık hizmetleri seviyesinde bir doktor bir hemşire ve bir toplum sağlığı teknisyeninden oluşan ve 250 aileye (yaklaşık 1250 kişi) hizmet veren Halk Sağlığı Merkezleri oluşturulmuştur. 58 adet Halk Sağlık Merkezi'nin yapımı tamamlanmıştır. 242 adet Halk Sağlığı Merkezi ise yapım aşamasındadır. 1800 adet merkezin de diğer eyaletlerde yapılması beklenmektedir. İkincil sağlık hizmetleri seviyesinde, Halk Sağlık Merkezleri'nden gönderilecek olan hastalara sağlık hizmeti sunacak, yüksek çözüm kapasitesine sahip Halk Klinikleri kurulması planlanmıştır. Üçüncül sağlık hizmetleri seviyesinde, birincil ve ikinci seviyeden gönderilen hastalara sağlık hizmeti verecek olan, çok karmaşık sağlık hizmetlerini sunan Halk Hastahaneleri'nin kurulması amaçlanmaktadır. İkincil ve üçüncül sağlık hizmetleri seviyesindeki programların 2006 yılında hızlanacağı belirtilmektedir.

Venezüella'da çevre sağlığı hizmetleri bir çok kurum ve bakanlık tarafından verilmektedir. Sağlık Ve Sosyal Gelişim Bakanlığı başta olmak üzere, sorumlu oldukları alanlarda diğer bakanlıklar ve yerel yönetimler çevre sağlığı hizmetlerinin sunumunda etkin rol oynamaktadırlar.

Venezüella'da 100.000 kişiye 194 doktor düşmektedir. Doktorların yarısına yakını Sağlık Ve Sosyal Gelişim Bakanlığı ile Venezüella Sosyal Güvenlik Kurumu'nda yarı zamanlı veya tam zamanlı olarak çalışmaktadır. Doktorların diğer yarısı özel sektörde çalışmaktadır.

Venezüella'da yürürlükte bulunan sistem "Sosyal Sağlık Sigortası" yani Refah Yönelimli / Sigorta tipi olsa da, yeni gelişmelerle beraber ülkede "Kamu kaynaklı Sosyal Sağlık Güvenliği"ne yani Kapsayıcı / Bütüncü / Tekçil tipe geçiş dönemi yaşanmaktadır. Şu anki haliyle ülkede var olan sağlık sistemi tipi Refah Yönelimli / Sigorta Tipi sağlık sistemidir.

VENEZÜELLA SAĞLIK SİSTEMİ

I. ÜLKE TANITIMI

RESMİ ADI	: Bolivarcı Venezüella Cumhuriyeti ¹
YÜZÖLÇÜMÜ	: 912.050 km
BAŞKENTİ	: Caracas
NÜFUSU	: 26,2 milyon
DİLİ	: İspanyolca
DİN	: Çoğunlukla Hıristiyan
PARA BİRİMİ	: Bolivar (1/607,608; 7/1,6,7)

I.2. Coğrafya

Güney Amerika'nın kuzeyinde yer alan Venezüella'nın kuzeyinde Karayip Denizi ve Atlas Okyanusu, doğusunda Guyana, güneyinde Brezilya, batı ve güneybatısında Kolombiya bulunmaktadır (7/4,5).

Venezuela'nın dağlık, platoluk ve ovalık alanlarla belirlenen üç ana kuşağı içinde çok değişken yüzey şekillerine rastlanır. Çarpıcı karşıtlıklar yaratan bu çeşitlilik nedeniyle fiziksel coğrafya bakımından yedi ayrı bölgeden söz edilebilir. Bu bölgeler arasındaki büyük farklılıklar ülkeye karmaşık bir doku verir.

And kolları arasında kalan alçak Maracaibo Düzlüğü'nün büyük bölümünü Maracaibo Gölü doldurur. Gerçekten bir deniz girintisi olan ve dar bir boğazla Venezüella Körfezi'ne bağlanan gölü geniş bataklık alanlar çevreler. Maracaibo Düzlüğü dünyanın en zengin petrol üretim bölgelerinden biridir.

Tropik kuşak içinde yer alan Venezüella'da yıl boyunca pek az değişen sıcaklık ülke genelinde de birbirine yakın düzeylerde seyreder. Ülkenin büyük bölümünde 24°C olan yıllık ortalama sıcaklık yüksekliğe bağlı olarak bazı iniş ve çıkışlar gösterir. Mevsimleri büyük ölçüde yağışlar belirler. Mayıs'tan Ekim'e kadar süren yağış mevsimini, son derece kurak bir mevsim izler. İç kesimlerdeki yüksek yağış miktarı Llanos bölgesinde sık sık geniş çaplı taşkınlarla yol açar (1/607).

I.2. Tarihçe

Bugünkü Venezüella topraklarında insan yerleşiminin geçmişi M.Ö. 2000'li yıllara kadar uzanır. Andlar'ın kenar kültürleri ile Antiller ve Amazon Havzası'nın kültürleri arasında bir geçiş kuşağı durumunda olan bu bölgede gelişen yerli halkın kültürleri, Andlar ile Orta Amerika'nın çok daha iyi bilinen ileri uygarlıklarından büyük ölçüde kopuktu.

¹ Daha önce Venezüella Cumhuriyeti olan ülkenin resmi adı 15 Aralık 1999'da Bolivarcı Venezüella Cumhuriyeti (República Bolivariana de Venezuela) olarak değiştirilmiştir (7/1).

Kristof Kolomb, Yeni Dünya'ya üçüncü yolculuğu sırasında, 1498 yılında bölgenin kıyılarına uğradı. İspanyol kaşifler Maracaibo Gölü kıyısında rastladıkları, kazıklar üzerine kurulu köylerden dolayı, ertesi yıl bölgeye "Küçük Venedik" anlamında Venezüella adını verdiler.

Avrupalıların bölgedeki ilk girişimleri kuzeydoğu kıyılarında yürütülen köle ve inci avcılığıyla sınırlı kaldı. 16. Yüzyılın ikinci yarısında İspanyol çiftçiler yerli köle emeğini de kullanarak bölgeyi kolonileştirmeye başladılar. Katolik misyoner kuruluşları 17. ve 18. Yüzyıllarda Lianos ve Maracaibo bölgelerine girmeyi başardılar.

Napoleon'un İspanya'yı ele geçirmesinden sonra İspanyol otoritesinin zayıflaması üzerine, Kreollerden oluşan bir cunta 1810 yılı Mayıs ayında sömürge yönetimine el koydu.

Cunta tarafından 1813'te Venezüella kuvvetlerinin komutanlığına getirilen Simon Bolivar, İspanyolları yenilgiye uğratarak Bogota'ya girdi ve Aralık 1819'da Büyük Kolombiya olarak da bilinen Kolombiya Cumhuriyeti'ni ilan etti. İspanyol denetiminin kırıldığı Haziran 1821'den sonra Venezüella da Kolombiya Cumhuriyeti'ne katıldı. Birliği ayakta tutmaya çalışan Bolivar'ın çabalarına karşın Venezüella 1829 yılı sonunda Büyük Kolombiya'dan ayrıldı.

Siyasal çekişmeler Venezüella'da Caudillo (askeri şef) denen bir dizi yerel askeri diktatörü ortaya çıkardı. Bu diktatörlerden biri olan General Jose Antonio Paez 1830'dan sonra siyasal yaşama egemen olarak öbür Caudillolara boyun eğdirdi. Büyük toprak sahipleri ve zengin tüccarlara dayanan işbirliği sonucunda merkezîyetçi bir devlet yapısının temellerini attı. 1864'de Anayasa kabul edildi. Ardından yaklaşık 30 yıl sürecek olan sivil ve askeri darbeler ile diktatörlükler dönemi yaşandı (1/610,611).

1958 yılında sivasî güçler ve sosyal örgütler arasında imzalanan Punto Fijo Anlaşması'yla askeri diktatörlük devri, yeni bir demokratik ve uzlaşmacı anlayış tarafından sona erdirildi ve buna dayalı olarak 1961 anayasası yapıldı. Demokratik siyasal sistem güçlendi (16/494).

1973 seçiminde Başkan olan Carlos Andres Perez Rodriguez 1975'te demir sanayisini, 1976'da da petrol sanayisini millileştirdi. Bu arada petrol fiyatlarının yükselmesiyle sağlanan ekonomik büyüme, 1970'lerin sonlarında yerini ekonomik durgunluğa bıraktı. Daha sonra ağırlaşan enflasyon, işsizlik, sermaye kaçıışı ve dış borçlanma gibi sorunlar çözülemedi (1/611).

1989 seçimlerinde Demokratik Eylem adayı olarak ikinci kez başkanlığa Carlos Andres Perez Rodriguez seçilmişti (1/611).

Uluslararası baskı nedeniyle liberal bir uyum politikası izleyen Carlos Andres Perez Başkanlığındaki sosyal demokrat iktidar yönetimindeki Venezüella büyük bir ekonomik kriz yaşadı (16/494).

1987'de Venezüella'ya bir Uluslararası Para Fonu heyeti görevli olarak gelmişti. Carlos Andres Perez, ülkeye 1970'li yıllardaki refah dönemini yeniden yaşatacağı vaadiyle seçimi kazanmasına rağmen, iktidarının ilk haftalarında "Büyük Viraj" (el paquete) olarak adlandırılan karşı reform programını ilan etti.

1989'da ikinci kez Başkan olan sosyal demokrat Carlos Andres Perez Rodriges, liberal uyum politikaları izlemeye başladı ve üç yılda yaklaşık 4,5 milyar Amerikan Doları elde etmek üzere ekonomi, Uluslararası Para Fonu politikalarını uygulamaya koydu. Rekabet gücünü artırmak için para birimi Bolivar'ın devalüe edilmesi, yapılan sosyal yardımların kesilmesi, kamu işletmelerinin özelleştirilmesi ve birçok ürünün fiyatlarının serbest bırakılması gibi politikalar uygulamaya koyuldu. Benzin fiyatının aniden artışı sebebiyle ilk olarak %30'dan sonra üç ay içinde %100 artırılması öngörülen ulaşım ücretleri "Caracazo" diye anılan olayların patlak vermesini tetikledi. Bu zam kayıt dışı ve içi çalışanlar, marjinal kesimdeki emekçiler, öğrenciler ve işsizler açısından bardağı taşıran son damla oldu. 28 Şubat 1989'da bakkallar, marketler, kasaplar ve gıda maddeleri üreten fabrikalar boşaltılarak, yağma edilen ürünler Caracas'ı çevreleyen tepelerde yığılmış olan yoksul mahallelere taşınıp buralarda paylaşıldı. Carlos Andres Perez durumun vahametini anlayarak ulusal muhafızların yeterli gelmediği düşüncesiyle orduyu olaylara müdahale etmeye çağırdı ve sonuçta 2.000 kişinin öldüğü iddia edildi. 1993'de Perez rüşvet almaktan suçlu bulundu ve istifa etti (15/1-10)

8 Aralık 1998'de yapılan Başkanlık seçimlerinde Hugo Rafael Chavez Frias oyların %58'ini alarak Başkan seçildi. Yeni başkan orta sınıftan geliyordu, halka yakınlık gösteriyordu ve askeri bir kariyeri de vardı. Kendini devrimci olarak gören ve yeni liberalizmi eleştiren Chavez'in dünya görüşü milliyetçi özellikler taşımaktaydı.

Chavez, yeni bir anayasa hazırlattı, 1999 yılı Aralık ayında halk oylamasına sunulan bu anayasanın temeli, umumun reyine dayalı bir demokrasi öngörmekteydi. Hukuksal güç yapısı değiştirilerek, federalizmin yeni bir şekli uygulamaya konulmuştur. Toplumsal katılım güçlendirilmiştir. İnsan hakları ve vatandaşlık hakları açık bir şekilde güçlendirilmiştir (16/494,495).

Haziran 2000'de yapılan seçimlerde Chavez altı yıllık bir dönem için yeniden Başkan seçildi.

Chavez'in yurtiçinde ve yurtdışında izlediği sol politikalar iş çevrelerini olduğu kadar işçi sendikalarını da karşısına almasıyla sonuçlanmış, ABD yönetiminin de karşı olduğu Chavez 2002 yılı Nisan ayında bir askeri darbeye görevden alındıysa da iki gün sonra kendisinden yana olan askerlerin yardımıyla yeniden görevine dönmüştür. Kasım ve Aralık ayındaki genel grevler ekonomiyi durma noktasına getirmiştir. Chavez karşıtlarının 2,4 milyon imza toplayarak başlattığı Başkan görevden alma girişimi 15 Ağustos 2004'de yapılan halk oylamasında başarısızlığa uğramış ve Chavez görevde kalmıştır (1/611).

4 Aralık 2005 tarihinde Venezüella'da kanuni seçimler yapılmış Chavez taraftarları Ulusal Meclis'in çoğunluğuna sahip olmuşlardır.

I.3. Sosyal Yapı

2004 yılındaki yıl ortası nüfus tahminlerine göre ülkedeki toplam nüfus 26,2 milyondur ve nüfus artış hızı %1,9'dur. Nüfusun 2025 yılında 35,3 milyonu, 2050 yılında ise 41,7 milyonu bulması beklenmektedir. Ülkedeki nüfus yoğunluğu oldukça düşüktür ve 2004 yılı itibariyle kilometre kareye 25,5 insan düşmektedir. Nüfusun %93'ü kentsel alanlarda, %7'si ise kırsal alanlarda yaşamaktadır. Nüfus yoğunluğu ulaşım yolları üzerindeki, çok az yağış alan, okyanus kıyısı boyunca çok yoğundur. Güneyde ise yoğunluk oldukça azdır. 2004 yılı Temmuz ayı itibariyle net göç hızı binde -0,04 olarak belirlenmiştir. 2004 tahminlerine göre 0-14 yaş grubundaki kişiler toplam nüfusun %30,5'ini, 15-64 yaş grubundaki kişiler %64,5'ini, 65 yaş ve üstü kişiler ise %5'ini oluşturmaktadırlar (7/6,7).

Hemen hemen Venezüella topraklarının yarısı Bolivar ve Amazon eyaletlerindeki, Orinoko nehrinin güneyinde yer almasına rağmen, bu bölge toplam nüfusun %5'ini barındırmaktadır (10/2).

Venezüella nüfusu İspanyol, Portekizli, İtalyan, Arap, Alman ve Afrikalı soyundan gelen insanlar ve yerlilerden oluşmaktadır (7/7).

Ülkenin en önemli etnik ögesi Afrikalı, Avrupalı ve Yerli karışımı bir kökene dayanan Mulatto-Mestizo topluluğudur. Bazen Pardolar olarak adlandırılan bu kesim, toplam nüfusun yaklaşık yüzde 67'sini oluşturmaktadır. İkinci sırada yer alan, Avrupa ile Amerika'dan gelme çeşitli göçmen toplulukların soyundan beyazların oranı yüzde 21'i bulmaktadır. Göçmen topluluklarla karışmamış siyahların oranı ise yüzde 10'dur. Ülkenin asıl halkı olan Amerika Yerlileri, kimliğini koruyabilmiş bir topluluk olarak %2'lik oranla küçük bir azınlık konumuna düşmüşlerdir (1/608).

1992 yılında yapılan yerli nüfusun sayımına göre ülkede 371,815 yerli vardır. Yerli halk 38 etnik grubun birleşiminden oluşmaktadır. Vayular toplam yerli nüfusun %54,5'ini, Varao'lar %7,6'sını, Pemonlar %6'sını, Anular %5,5'ini, Yanomamiler %4,7'sini, Guaiibolar %3,6'sını ve Piaroa %3,6'sını oluşturmaktadır. Yerli nüfusun çoğunlukla bulunduğu eyaletler, Zulia, Amazonas, Bolivar ve Delta Amacuro'dur (6/3,4).

Resmi dil olan İspanyolca değişik etnik ögeleri birleştiren önemli bir etkidir. Yaygın olarak konuşulan İngilizce, ikinci bir dil olarak büyük önem taşımaktadır. Yerliler genelde Karip, Aravak ve Çipça dillerine bağlı olan 25'i aşkın farklı dil konuşmaktadırlar (1/608).

Yüzyıllar boyunca Katoliklik ülkenin resmi dini olmuştur. Venezüella nüfusunun %96'sı Katoliklerden, geri kalan %4'lük kısım ise Protestanlar ve diğer dinlere mensup kişilerden oluşmaktadır. Ancak Venezüella Hükümeti'nin resmi internet sayfasında bu oranlar %92 ve %8 olarak görünmektedir (7/7).

Venezüella'da 15 yaş üstü nüfusta okuma yazma oranı %93,4'dür ve bölgesindeki en yüksek okuma yazma oranına sahip ülkedir. 2003 yılı tahminlerine göre erkeklerde bu oran %93,8, kadınlarda ise %93,1'dir.

Venezüella Hükümeti'nin, tüm vatandaşlarına ücretsiz eğitim sağlama zorunluluğu olmasına rağmen Venezüella eğitim sistemi, uzun yıllar boyunca eksik finanse edilmiştir. 9 yıllık eğitim zorunludur ve eğitim-öğretim dönemi Şubat ayından, Kasım ayına kadardır. Ülkedeki öğrenci sayısı ve eğitim bütçesi artmakta fakat bir çok çocuk fakirlik sebebiyle eğitimlerine devam edememektedir. Tahminen nüfusun %20'sinin resmi eğitim almadığı sanılmaktadır.

Venezüella 6 milyon öğrencinin eğitim gördüğü 90 adet yüksek öğretim kurumuna sahiptir. Yüksek öğrenimin 1999 yılındaki düzenlemelerle ücretsiz olmasını takiben eğitim bütçesi toplam bütçenin %35'ine ulaşmıştır. Toplam öğrenci sayısının %11'ini yüksek öğrenim görmekte olan öğrenciler oluşturmaktadır. Yüksek öğrenim kurumlarındaki öğrencilerin %70'inden fazlası nüfusun zengin kesiminden gelmektedir. Ülkede yüksek öğrenime devam etme oranı %25'dir (7/7,8; 2/11).

Önde gelen yüksek öğretim kurumları Caracas'taki Venezüella Merkez Üniversitesi ve Ulusal Açık Üniversite ile taşradaki Zulia ve Carabobo Üniversiteleridir (1/609,610).

1.4. İdari Yapı

1999 Anayasası'na göre Başkan genel ve doğrudan oylama yoluyla, çoğunluğun oylarıyla seçilmektedir. Görev süresi 6 yıldır ve takip eden dönemde bir kez daha seçilebilmektedir. Başkan kendi yardımcısını tayin etmekte, Ulusal Meclisin katılımıyla Bakanlar Kurulu'nun düzenine ve büyüklüğüne karar vererek Bakanlıklara gerekli atamaları yapmaktadır. Kanunlar yürütme organı tarafından onaylanmaktadır.

Ulusal Meclis milletvekillerinden oluşturduğu tek bir meclisten oluşmaktadır. Milletvekillerinin hizmet süresi beş yıldır. Ulusal Meclis oturumda olmadığı zamanlarda bir temsilci kurul, yürütme ile ilgili konularda görev yapmaktadır.

Anayasa, Federal Hükümet'e ait üç ek güç daha oluşturmuştur. Bunlar, Seçmen Gücü, Vatandaş Gücü ve Yargı Gücü'dür.

Yargı Gücü, özel olarak seçilen ve altı kişiden oluşan bir grup olan, Adalet Kurulu tarafından yönetilmektedir. Yargıçlar on iki yıllık dönem için Ulusal Meclis tarafından atanmaktadır. Yargı Gücü bölge mahkemeleri, yerel mahkemeler ve birinci idare mahkemesi gibi alt mahkemeleri de içermektedir.

Vatandaş Gücü Başsavcı, Halk Savunucusu ve Genel Denetçi olmak üzere üç unsurdan oluşmaktadır. Bu görevdeki kişiler yerine getirdikleri özel görevlerinin yanı sıra "Cumhuriyet Ahlak Kurulu" gibi hareket etmekte ve Adalet Kurulu'na gitmeden önce, yasadışı olduğuna inandıkları eylemlerin yasallığını sorgulamaktadırlar. Vatandaş Gücü'nün üyeleri Ulusal Meclis tarafından yedi yıllıkına seçilmektedirler.

Seçmen Gücü veya Ulusal Seçim Kurulu olarak bilinen seçimlerle ilgili yetkili organ, her seviyedeki seçimleri düzenlemeyle yetkilidir (10/3,4,5).

Bolivarcı Venezüella Cumhuriyeti eyaletler (estados), Federal Çevre (distrito federal), Federal Bağlantı (dependencia federal) ve Federal Bölgelere bölünmüştür. Ülkedeki 23 eyalet 613 belediyeye bölünmüş olan, 156 bölgeden oluşmaktadır. Belediyeler semtlerden oluşmaktadır. Federal Çevre Caracas'ı ve beş belediyeyi kapsamaktadır. Federal Bağlantı 311 ada ve adacığın oluşturduğu, 11 ada grubundan oluşmaktadır. Amazonas ve Delta Amacuro Federal Bölgeleri özel bir yasa ile eyalet statüsüne sahiptir.

Her eyalet, ulusal yönetimin eyaletlerdeki en yetkili temsilcisi olan bir vali tarafından yönetilmektedir. Valiler üç yılda bir genel, doğrudan ve gizli oylama yoluyla seçilmektedir. Federal bölgeler anayasal olarak ekonomik ve yönetsel konularda eyaletlerden bağımsızdır. Eyalet kurulunun üyeleri, ulusal seçimlerle aynı zamanda yapılan seçimlerle seçilmektedir. Bölgeler yerinden yönetim ilkesi gereğince, temel ve özerk politik birimler olan belediyelere bölünmüştür. Her belediyede bölgesel yönetim ve idare üç yıllığına seçilen bir belediye başkanının elindedir (7/20).

I.5. Ekonomi

Venezüella çok büyük boksit, elmas, demir, doğal gaz ve petrol yatakları ile çok büyük orman arazilerine sahiptir ancak sürekli büyütülen mera alanları sebebiyle ormanlar hızla azalmaktadır. Venezüella çoğunluğu ülkenin ortasındaki Orinoko Kuşağı'nda bulunan milyarlarca varil petrol ve zift rezervine sahiptir. Bu rezervler 100 ile 270 milyar ton arasında tahmin edilmektedir. Ülke toplam 148 trilyon fit³ (1000 fit³ = 28,315 m³) el değmemiş doğal gaz rezervleriyle Amerika Birleşik Devletleri'nden sonra batı yarım kürenin ikinci, dünyanın ise sekizinci büyük doğal gaz rezervlerine sahip ülkesidir. Güney Amerika'nın en büyük, dünyanın ise altıncı büyük petrol rezervine sahip olan Venezüella'nın önümüzdeki 100 yıl içinde dünyanın en büyük petrol üreticisi ülke olacağı tahmin edilmektedir (7/6).

Venezüella'da büyük ölçüde petrol üretimine ve ihracatına dayanan, gelişme yolunda bir piyasa ekonomisi yürürlüktedir. Petrol, çelik, alüminyum üretimi gibi dallarda kamu kuruluşlarının egemenliği nedeniyle ekonominin yönetiminde devletin önemli rolü vardır. Ekonominin en gelişmiş dalları hizmet ve imalat sektörleri ile petrol üretimidir. Yüksek petrol gelirlerini kullanarak ekonomiyi modernleştirme ve çeşitlendirme çabalarıyla 1970'lerde sağlanan büyüme hızı, 1980'lerde yerini yüksek enflasyon ve ağır dış borç yüküyle daha da ağırlaşan bir durgunluğa bırakmıştır. Bununla birlikte geniş çaplı yatırımlar sonunda ekonomik altyapının önemli ölçüde güçlendirildiği, çok gelişmiş bir sanayi temelini yarattığı ve ülkedeki doğal kaynakları işleme yönünde ileri adımlar atıldığı söylenebilir (1/609).

Petrol ihracatına bağımlılığı sebebiyle, Venezüella küresel ekonomideki dalgalanmalara karşı zayıftır (7/9).

Ülkenin dış borcu 2004 yılında 32,5 milyar Amerikan Doları olarak tahmin edilmekte ve genellikle hep aynı seviyede devam etmektedir (7/14).

2004'de dış ticaret hacmi 39,4 milyar Amerikan Doları olmuştur. Bunun 22 milyar Amerikan Doları ihracat, 17,3 milyar Amerikan Doları ise ithalattır. 2004 yılı verilerine göre tarım sektörünün GSMH'daki payı %5, endüstri sektörünün payı %50 ve hizmet sektörünün payı %45 olarak belirlenmiştir. 2003 yılında tüketici fiyatlarındaki artış %27,1 olurken, 2004 yılında 21,7 ye gerilemiştir. 2005 yılında bu oranın %19,4'e, 2006'da ise %18,7 ye düşmesi öngörülmektedir (7/10).

Yaygın fakirlik, gelir dağılımındaki adaletsizlik ve şiddete dayalı suç oranındaki artış önemli sosyal problemlerdir. Özel kaynaklara göre Venezüella'da 2005 yılında fakirlerin toplam nüfusa oranı %67'dir. Bunların %35'i ise aşırı fakirlik içinde yaşamaktadır. Bu yüksek oranlar özellikle işçilere verilen düşük maaşlardan ve işsizlikten kaynaklanmaktadır (7/8; 10/6,7).

2006 yılı Ocak ayındaki resmi verilere göre ülkedeki işsizlik oranı %12,9'dur. Resmi olmayan tahminlerde ise bu oran daha yüksektir. Toplam insangücünün %13'ü kamu sektöründe ve bunların %1'den daha azı petrol sanayisinde çalışmaktadır. İş gücünün %18'i sendikaya bağlıdır. Özellikle kamu sektöründe ve petrol sektöründeki sendikalar güçlüdür (10/8).

2002'de insangücünün %51,2'si kayıt dışı ekonomide çalışırken, 2003'de bu oran %52,4'e yükselmiş, ancak 2004'de bu oran %48,7'ye gerilemiştir.

Zengin doğal kaynakları sebebiyle ülke 1989'daki ekonomik krize kadar dış yardıma ihtiyaç duymamıştır. 1994 ve 2002 yıllarında Avrupa Birliği 130 milyon Euro yardımda bulunmuştur. Avrupa Birliği'nin yardımları eğitim, sağlık, cezaevi şartları, bölgesel gelişim, çevre ve uyuşturucuyla mücadele konusundaki teknik ve mali işbirliği alanlarında olmuştur (7/13,15).

A. ERDALI

II. SAĞLIK SİSTEMİ²

Venezüella küreselleşme döneminin ortasında, farklılaşmış ve verimli bir ekonominin sağlanması, eşit haklara sahip bir toplumun oluşturulması ve demokratik sistemin güçlendirilmesi amacıyla yeni bir gelişim modeli uygulayarak, 1999 yılında politik, hukuksal, ekonomik ve sosyal bir geçiş sürecine başlamıştır. Politik değişim yeni Bolivarcı Venezüella Cumhuriyeti Anayasası'nın oluşturulmasına zemin hazırlamış ve Başsavcı Makamı, Denetleme Makamı ve Halk Savunucusu Makamı ya da Kamu Denetçisi Makamı olarak adlandırılan makamlardan oluşan, Vatandaş Gücü'nün oluşturulmasını da içine alan devletin yeniden yapılanmasını sağlamıştır (5/3).

Venezüella, bu yeni anayasa sayesinde ve demokratik bir süreç dahilinde derin politik, ekonomik ve sosyal değişimlere uğramaktadır. Bu bağlamda, gelişimin bir parçası olarak sağlığın önemi yeni anayasada açık bir şekilde gözler önüne serilmektedir (5/1).

Anayasa, sağlık sektörünün örgütsel modelini ve yasal alt yapısını belirlemiştir. 83. madde ile sağlık temel bir sosyal hak olarak tanımlanmış ve devletin garantisi altına alınmıştır. 84. madde sosyal, katılımcı, kapsamlı, eşit, ve ücretsiz sağlık hizmetlerini sunmak için, Sağlık Ve Sosyal Gelişim Bakanlığı liderliği altında, sektörler arası işbirliğini temel alan dağınık yönetimli bir Ulusal Kamu Sağlık Sistemi'ni şart koşmaktadır. 85. madde Ulusal Kamu Sağlık Sistemi'nin finansmanının devlet tarafından yapılmasını şart koşmaktadır. Son olarak 86. madde eyalet yönetimlerini, kâr amaçlı olmayan kamu sağlık kuruluşları aracılığıyla, sosyal güvenlik altında olmayan herkesin sağlığını garanti altına almakla ve beklenmedik çeşitli olaylara karşı korumakla görevlendirmektedir (3/563).

II.1. Venezüella Sağlık Sisteminin Yapısı

Venezüella'da sağlık alanında çalışan 2.400'ün üzerinde kuruluş vardır. Bu kuruluşlar kamuya ait kuruluşlar ile kâr amacı olmayan devlet dışı örgütleri de kapsayan özel sektöre ait kuruluşlardır. Kamu sektörü toplumun tümüne sağlık hizmetlerini sunmada en büyük sorumluluğu taşımaktadır (3/562).

Sağlık sektörünün bu parçalanmış hali özellikle en yoksul kesim açısından ciddi bir tedirginlik kaynağıdır. Bu yüzden Chavez yönetimi, tek ve herkes için geçerli bir sağlık sisteminin oluşturulmasını hedeflemektedir (15/93).

II.2. Ulusal Sağlık Politikası

1999 yılında halkın %71,8'inin oylarıyla kabul edilen yeni Anayasa'daki 83, 84, 85 ve 86. maddeler sağlık hizmetleri için yeniden yapılanmanın önünü açmıştır.

² Venezüella'da yürürlükte bulunan sistem "Sağlık Sosyal Sigortası" olsa da yeni gelişmelerle beraber ülke de "Sağlık Sosyal Güvenliği"ne geçiş dönemi yaşamaktadır. Şu anki haliyle ülkede var olan sağlık sistemi tipi "Refah Yönelimli Sağlık Sistemi Tipi"dir.

Öncelikle bu maddelere karar verilirken, toplum katılımını hayata geçirmek için siyasi aktörler, sağlık meslek mensupları, toplum bilimciler, sağlıkçı Bolivar devrimcileri ve toplum temsilcileri oluşturulmuştur. Bu gruplar, Anayasa maddeleri belirlenirken tartışmalarda izlenecek yolun; sağlığın tanımı, sağlık sisteminin tipi, sağlık sistemi finansmanı ile devletin bu konudaki rolünün ne olması gerektiği konusunda karara varmıştır. Söz konusu tartışmalar “sağlık sosyal bir hak mıdır?” yoksa “piyasa içinde bir mal mıdır?” sorularına yanıt aranmasıyla başlamıştır. Yanıtların verilmesinde başka ülke deneyimleri ve 1998 öncesi Venezüella’nın sağlık durumu dikkate alınmıştır. Tartışmalar sonucunda, sağlıklı olma durumunun yaşamın ekonomik, politik, sosyal, kültürel vb. diğer alanlarındaki ilerleme ile doğrudan ilgili olduğu saptaması yapılmıştır. Ayrıca sağlığın sosyal bir hak olması gerektiği, sağlık hakkının yerine getirilmesinde devletin temel sorumluluğu olduğu ve bunun için de ulusal ve kamu finansmanlı bir sağlık sisteminin kurulması gerektiği kararına varılarak, ilgili Anayasa maddeleri oluşturulmuştur. Bu Anayasa’nın sağlık hizmetleri açısından en önemli yönlerinden birisi, neoliberal politikaların öngördüğü sağlık hizmeti anlayışı dışında olması, tedaviden çok sağlığın geliştirilmesi, hastalıkların önlenmesi, birincil sağlık hizmetlerine yönelmesi ve sağlık hizmetlerinde özelleştirmenin yasaklanmasıdır.

Bu Anayasaya dayalı olarak Venezüella’daki sağlık hizmetlerinin özellikleri şu şekilde özetlenebilir:

- Sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesinin yasaklanması ve ulusal kamu finansmanlı sağlık sisteminin zorunlu görülmesi,
- Tüm kamu sağlık kuruluşlarının sosyal güvenlik kapsamına alınması,
- Tüm kamu sağlık hizmetlerinin Sağlık Ve Sosyal Gelişim Bakanlığı yönetiminde ve denetiminde olması,
- Birincil sağlık hizmetlerine öncelik verilmesi,
- Sağlık hizmetlerinde sağlığın geliştirilmesi ve hastalıkların önlenmesinin birinci öncelikli konu olması,
- Sağlık hizmetlerinin, sağlık insangücünün planlama ve uygulamalarının toplumun gereksinimlerine göre yapılması,
- Jenerik ilaç uygulamasına geçilmesi,
- Yoksullara, işsizlere ve işçilere ücretsiz sağlık hizmetinin sunulması,
- Sağlık sisteminin katılımcı olması ve bu ilke ile sağlık hizmetlerini alan kişilerin sadece bu hizmeti alan kişiler olmak ile kalmayıp, aynı zamanda planlayan, talep eden ve denetleyenler olması,
- Birincil sağlık hizmetlerinin toplumun ayağına götürülmesi,
- Askeri hastahanelerin topluma açılması,
- Ulaşılabilir, geniş kapsamlı, eşit, dayanışmacı ve toplumla bütünleşik olmasıdır.

Chavez, yeni oluşturulan sağlık hizmetlerinin özelliğini şu cümle ile özetlemiştir: “Sağlık hizmetleri artık tıbbi bir yardım değil, sosyal ve katılımcı bir tıptır” (8/209,210).

Ulusal Meclis tarafından onaylanacak olan Sağlık Belgesi (Sağlık Yasası) yasal altyapıyı oluşturacaktır.

Bu yasada politik ana hatlar ve sağlık kuruluşlarının kurumsallaşması için gerekli standartlar belirlenmiştir. Federal Hükümet Kurulu ve özel hükümet kuruluşları tarafından belirlenmiş devlet politikası ve özellikle de sağlık politikası, merkezi hükümet yetkilerinin eyaletlere ve belediyelere devredilmesini amaçlamıştır. Bu Kurul, Başkan Yardımcısı yönetimindeki bakanlar, her eyaletten valiler ve sivil toplum örgütü temsilcilerinden oluşturulmuştur (3/561).

Kamu sağlık sisteminde sektörler arası yapıyı geliştirmek amacıyla, Organik Sağlık Kanunu (Sağlık Belgesi), farklı resmi ve devlet dışı örgütlerin faaliyetlerini de içine alacak şekilde, sektördeki bütün işlerin eşgüdümünü sağlayacak Ulusal Sektörler Arası Sağlık Kurulu'nun oluşturulmasını tasarlamaktadır. Kurul, Federal Hükümet Kurulunun Teknik Sekreterliği ile birlikte hareket edecek, eyalet ve belediyelerdeki eylemler Sektörler Arası Eyalet Ve Belediye Kurulları yoluyla yürütülecektir. Bu sektörler arası konseylerin oluşturulması, Sağlık Ve Sosyal Gelişim Bakanlığı'nın rehberlik rolünün güçlendirilmesi katkı sağlayacaktır (5/16). 2001 ve 2007 dönemi için hazırlanan Sağlık Ve Sosyal Gelişim Stratejik Planı, yaygın doğum ve ölüm oranlarının denetim altına alınması, sağlık ve sosyal gelişim sistemindeki hizmetlerde verimliliğinin artırılması, eşitliğin sağlanması ve dayanışmanın gerçekleşmesi, özellikle de toplumun en yoksul kesimleri için sağlık hizmetleri sunumunu amaçlamıştır. Bu plan, 2001 ve 2007 dönemi için hazırlanmış olan Ulusal Sosyal Ve Ekonomik Gelişim Planını dâhilinde şekillenmiştir (6/7).

II.3. Sağlık Ve Hastalık Yapısı

Ülkede, beklenen yaşam süresi 1990 ve 1995 yılları arasında kadınlarda 74,7 yıl, erkeklerde ise 68,9 yıl iken, 1995 ve 2000 yılları arasında kadınlarda 75,7 yıla, erkeklerde ise 69,9 yıla yükselmiştir. 1998 yılı verilerine göre çok gelişmiş ve az gelişmiş eyaletler arasında beklenen yaşam süresinde yaklaşık 10 yıllık bir fark vardır. Federal Eyalet Merkezi'nde bu oran 73,6 yılken, Amazonas'da 63,9'dur (2/11).

1995 ve 1999 yılları boyunca sebeplerine göre ölümler geniş bir dağılım göstermiştir. Dolaşım sistemi hastalıkları yüz binde 162,3, kötü huylu tümörler yüz binde 63,8, dış nedenler yüz binde 55,3, bulaşıcı hastalıklar yüz binde 53,6 ve doğuştan gelen hastalıklar yüz binde 22,4 oranında ölüme sebebiyet vermiştir (7/8). Anne ölüm oranı 1940 yılında yüz binde 172'iken bu oran 2002 yılında yüz binde 63'e gerilemiştir. Anne ölümlerinin en önemli sebepleri ödem, böbrek fonksiyon bozuklukları ve yüksek tansiyondur. Bazı eyaletlerde bu ölümlerin yaklaşık %30'u 20 yaşının altındaki kadınlarda görülmektedir. Doğumların %95'inin doktor kontrolü altında yapıldığı göz önünde bulundurulursa, bu ölümlerin birçoğunun, sağlık hizmetlerinin artırılmasıyla azalabileceği muhtemeldir. Doğum öncesi doktor gözetiminde olan kadınlar 1997 yılında %25,5'iken, bu oran son zamanlarda %50'ye yükselmiştir.

1940 ve 2002 yılları arasında bebek ölüm oranı binde 123'den, binde 18,6'ya düşmüştür. 2002 yılında bebek ölümlerine yol açan en önemli nedenler neonatal dönemden kaynaklanan hastalıklar, doğuştan gelen sakatlık ve anomaliler ile kromozom bozukluklarıdır (6/3).

Son yıllarda sarıhumma, malarya, kızamık ve tüberküloz gibi bulaşıcı hastalıklar tekrar ortaya çıkmıştır. 2001 yılı Ağustos ayında Başkan Chavez 24.000 kişinin hastalandığı ve 4 kişinin öldüğü sarıhummaya karşı savaş için ulusal bir kampanya ilan etmiştir (7/8).

2003 yılında aşılama oranı uluslararası standart oran olan %95'in altında bir oranda gerçekleşmiştir. Aşı sağlanamamasından ötürü bir yaşın altındaki nüfusun sadece %67'si Boğmaca-Difteri-Tetanos aşısının üç dozunu birden almıştır. Çocuk felci aşılama oranı %86, BCG aşılama oranı %91 ve kızamık aşılama oranı %82 olarak gerçekleşmiştir. 2000 ve 2001 yılları arasında B tipi Hemophilus İnfluenza, Hepatit B ve Sarı Humma aşıları, düzenli aşılama programına eklenmiştir. Bu aşıların kapsamı da sırasıyla %56, %75 ve %82 olmuştur (6/5).

1999 yılı tahminlerine göre 62.000 Venezüellalının AIDS hastalığını taşıdığı ve 2001 yılı tahminlerine göre de AIDS nedeniyle 2.000 kişinin öldüğü sanılmaktadır. 2003 yılı sonu itibariyle 15-49 yaş arası kişilerin %0,7'sinin AIDS hastası olduğu tahmin edilmektedir.

2000 yılı verilerine göre, kentsel alanda yaşayan insanların %85'i, kırsal alanda yaşayan nüfusun ise %70'i içilebilir suya ulaşabilmektedir. Kentsel alanlarda kanalizasyon sistemine sahip nüfus oranı %71'iken, kırsal alanlarda bu oran %48'dir (7/8).

Her ne kadar, büyük oranda kayıt altına alınmamış olsa da, 1996 ve 2000 yılları arasında gıda kaynaklı hastalık vakalarının sayısında %63 artış olmuştur (5/6).

II.4. Sağlık Sisteminin Örgütsel Yapısı

II.4.1. Kamu Sağlık Sektörü

Kamu sağlık sektörü Sağlık Ve Sosyal Gelişim Bakanlığı, Venezüella Sosyal Güvenlik Kurumu, Eğitim Bakanlığı Sosyal Yardım Kurumu, Silahlı Kuvvetler Sosyal Yardım Kurumu, eyalet ve belediye yönetimlerinden oluşmaktadır (5/6).

Ulusal Kamu Sağlık Sistemi'nin üyesi olan ayakta tedavi ve yataklı tedavi kuruluşları, karmaşıklık düzeyine ve problem çözme kapasitesine göre örgütlenmiş, kamu sağlık hizmetleri ağı içerisinde, hep birlikte ve eşgüdüm içerisinde, buldukları yerdeki nüfusa sağlık hizmetlerini sunmaktadır. Üç seviyede sağlık hizmeti sunulmakta ve her seviye artışında sunulan hizmetlerin karmaşıklığı da artmaktadır. Her seviyede farklı sağlık kuruluşları hizmet vermektedir. Tüm seviyelerde bakım yöntemleri, özellikleri ve kuruluşların birbirleriyle olan ilişkileri tanımlanmıştır.

Bu sağlık hizmet kuruluşları, hastahaneler, ayakta tedavi kuruluşları, uzmanlaşmış sağlık kuruluşları, doğum evleri, kan bankaları ve Ulusal Kamu Sağlık Sistemi'nin üyesi olan diğer sağlık kuruluşlarından oluşmaktadır. Tüm kamu sağlık kuruluşları bu hizmet ağının bir parçası konumundadır (3/564).

II.4.1.1. Sağlık Ve Sosyal Gelişim Bakanlığı

1999 yılında Sağlık Ve Sosyal Yardım Bakanlığı ile Aile Bakanlığı'nın birleştirilmesiyle oluşturulan Sağlık Ve Sosyal Gelişim Bakanlığı sağlık sektörüne öncülük etmektedir. Bakanlık sağlık ve sosyal gelişim için politikaları, programları ve planları tasarlar, düzenler, uygulanmasını takip eder, kontrol eder ve sonuçları değerlendirir. Ulusal Kamu Sağlık Sistemi dahilinde hükümet kaynakları ile diğer kaynakları biraraya getirerek bu kaynakların dağılımını sağlar. Toplumun tüm kesimleri için, özellikle de düşük gelirli gruplar için birleşik bir sağlık sisteminin oluşturulmasını gözetir.

Sağlık Ve Sosyal Gelişim Bakanlığı'nın öncelikleri, merkezi düzeyde kendisini yeniden yapılandırmak, ulusal çaptaki faaliyetler yoluyla tedaviye yönelik sağlık hizmetlerinin ötesinde, toplumun sosyal gelişimini sağlamayı amaçlayan bir ulusal kamu sağlık sistemi oluşturmaktır (5/4).

Geride kalan yirmi yıl boyunca Bakanlığın sağlık sektöründeki yönetici ve düzenleyici rolünün azalmasıyla birlikte, 2001 yılı Mart ayında Devlet Başkanı'nın çıkardığı yeni kapsamlı sağlık yasası, Sağlık Bakanlığı'nın yönetici rolünü gerçekleştirilebilirliği için değişik mekanizmalar oluşturmuştur.

Sağlık Ve Sosyal Gelişim Bakanlığı kamu ve özel sağlık kuruluşlarında sunulan sağlık hizmetlerini düzenlemekte ve kontrol etmektedir. Sağlık kuruluşlarında kaliteli sağlık hizmeti verilmesi amacıyla gerekli fonksiyonel ve yapısal şartların bulunmasını sağlayacak şekilde düzenlenmiş olan tescil mekanizmaları bulunmaktadır. Tüm kamu ve özel sağlık kuruluşlarının tescillerinin her yıl yenilenmesi zorunludur (4/9).

Sağlık Ve Sosyal Gelişim Bakanlığı'na ait merkezi ve yetki dağılımlı 4.819 sağlık kuruluşu bulunmaktadır ve bu kuruluşların 214'ü hastahane, 4.650'si ayakta tedavi kuruluşudur. Ayakta tedavi kuruluşları Tip 1, Tip 2, Tip 3 Kentsel Ayakta Tedavi Kuruluşları ve Tip 1, Tip 2 Kırsal Ayakta Tedavi Kuruluşları olarak sınıflandırılmıştır. 633'ü Tip 1, 154'ü Tip 2 ve 43'ü Tip 3 olmak üzere 890 Kentsel Ayakta Tedavi Kuruluşu ve 2.852'si Tip 1, 863'ü Tip 2 olmak üzere 3.715 Kırsal Ayakta Tedavi Kuruluşu bulunmaktadır (6/8).

Ülkedeki sağlık ve sosyal sektörlerdeki faaliyetlerin eşgüdümünü sağlamak amacıyla, Sağlık Ve Sosyal Gelişim Bakanlığı başkanlığında, Planlama Ve Geliştirme, Eğitim Kültür Ve Spor, Üretim Ve Ticaret, Çevre Ve Doğal Kaynaklar, Bilim Ve Teknoloji Bakanlıklarından oluşan bir Sosyal Kurul oluşturulmuştur (5/16).

1990'da sağlık hizmetlerinin yönetimini Sağlık Bakanlığı'ndan eyaletlere dağıtmayı amaçlayan bir süreç başlamıştır. 2001 yılı Mart ayında Sağlık Ve sosyal Gelişim Bakanlığı'ndan alınan bilgilere göre görüşmelerin devam ettiği Guarico ve Portuguesa eyaletleri hariç, tüm eyaletlerle yetki dağıtım anlaşması imzalanmıştır.

Bu anlaşma insangücü ve fonları devretmekte, fakat taşınmaz mallar ile arazilerin devrini içermemektedir (3/562).

Sağlık Ve Sosyal Gelişim Bakanlığı'nın ülke çapında 23 bölgesel bürosu bulunmaktadır. Sağlık Ve Sosyal Gelişim Bakanlığı'nın işlevleri eyalet sağlık yönetimleri ve belediye sağlık yönetimlerine dağıtılmıştır (4/5).

II.4.1.2. Yerel Yönetimler

Sağlık Ve Sosyal Gelişim Eyalet Yönetimleri kendi yetkili oldukları alanlarda ulusal sağlık politikalarını uygulamak, eyalet sağlık plan ve programlarını oluşturmak, uygulamak, değerlendirmek, finansmanını yönetmek, ulusal ve eyalet düzeyinden gelen kaynakları sağlık kuruluşlarına tahsis etmek ve eyalet düzeyinde sağlık hizmetlerini sunmakla görevlidir. Her yönetim eyaletçe finanse edilen kamu kuruluşlarının ve sağlık alanındaki diğer kuruluşların eylemlerini bütünlük içerisinde yönetmektedir.

Sağlık Ve Sosyal Gelişim Belediye Yönetimleri kendi sorumluluklarındaki çevre sağlığı hizmetlerini, koruyucu ve geliştirici sağlık hizmetlerini yönetir ve bu amaçları gerçekleştirmek için kaynakların ne şekilde dağıtılacağını belirler. Her belediyenin kapasite ve özelliklerine göre yapılan bu işler, yasalara uygun olarak ve Sağlık Ve Sosyal Gelişim Bakanlığı ile yapılmış olan hizmet transferi anlaşmasına göre uygulanır. Her Sağlık Ve Sosyal Gelişim Belediye Yönetimi'nde belediye düzeyinde ve mahalle düzeyinde sivil toplumdaki sürekli temsilci olması gerekmektedir (3/564).

II.4.1.3. Diğer Bakanlıklar Ve Kamu Kuruluşları

Latin Amerika'daki en gelişmiş sağlık altyapısına sahip Venezuela Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından kapsamlı aşılama programları ve düşük bir ücret yada ücretsiz olarak sağlık hizmetleri sunulmaktadır (7/8).

Venezuela Sosyal Güvenlik Kurumu finansman, sigorta ve hizmet sunum görevlerini yürüten, merkezi alanda tek otorite olan kuruluştur ve hastahane ve ayakta tedavi kliniklerinden oluşan bir ağa sahiptir. Devletten, işçilerden ve işverenlerden sağladığı kaynaklarla finansmanı sağlanmaktadır.

Eğitim Bakanlığı Sosyal Yardım Kurumu finansman, sigorta ve hizmet sunum görevlerini bir arada yürüten merkezi bir kuruluştur. Sadece ayakta tedavi kliniklerine sahiptir ve diğer sağlık kuruluşları ile anlaşmaları vardır (4/5).

Ayrıca Çevre Ve Doğal Kaynaklar Bakanlığı, Tarım Bakanlığı, Planlama Bakanlığı, Dışişleri Bakanlığı, Bilim Ve Teknoloji Bakanlığı ile üniversiteler ve bilimsel kuruluşların çalışmaları da kamu sağlık sektöründe önemli konumdadır (5/16).

II.4.2. Özel Sağlık Sektörü

Özel Sağlık Sektörü, devlet dışı örgütler, tıbbi federasyonlar ve diğer sağlık çalışanları dernekleri, sağlık insan gücü yetiştiren ve eğiten akademik kuruluşlar, özel sağlık sigorta şirketleri, özel sağlık hizmet kuruluşları, eczacılık endüstrisi ve sivil toplum örgütlerinden oluşmaktadır (5/16).

II.5. Sağlık Hizmetlerinin Finansman Yapısı

Başlıca kamu finansman ajanları Sağlık Ve Sosyal Gelişim Bakanlığı, eyaletler, Silahlı Kuvvetler Sosyal Yardım Kurumu ve Eğitim Bakanlığı Sosyal Yardım Kurumu'dur. Başlıca finansman kaynakları Sağlık Ve Sosyal Gelişim Bakanlığı yoluyla merkezi hükümetten, hastahanelerinde sunduğu hizmetlerinden ve katılımcılarından gelen kaynaklar ile Venezüella Sosyal Güvenlik Kurumu'ndan gelmektedir (4/5).

1995 ve 2002 yıllarını kapsayan dönemde Ulusal Kamu Sağlık Sistemi'nin finansmanının %79'u devlet bütçesinden, %20,3'ü Sosyal Güvence ödeneklerinden ve %0,84'ü diğer vergilerle finanse edilmiştir (6/12).

II.5.1 Devlet Bütçesi

Ulusal Kamu Sağlık Sistemi, ulusal bütçeden eyalet ve belediyelere ayrılan sağlık bütçeleri, eyalet ve belediye gelirlerinden sağlığa ayrılmış paylar, sosyal güvenlik alt sisteminden yapılan transferler, özel vergiler, tescil işlemlerinden alınan ücretler ve Halk Sağlığı Teftiş hizmetleri ile alınan ücretler aracılığıyla dayanışma temelli olarak finanse edilmektedir.

Sağlıktaki kamu harcamalarının ulusal bütçeden aldığı pay 1995 yılında %8,6'iken, 2000 yılında %11,6'ya yükselmiştir. Merkezi hükümetin sağlık harcamaları 1995'de GSMH'nin %1,5'iyken, 1996'da GSMH'nin %0,8'ine gerilemiş, 1999 yılında GSMH'nin %1,3'ine ulaşmıştır (3/566).

Sağlık Ve Sosyal Gelişim Bakanlığı fonlarını ulusal bütçeden almaktadır. Eyaletler anayasal olarak sağlık finansmanı için fonlarını ulusal bütçeden almaktadır. Dağınık merkezli yönetim anlayışı sebebiyle bu kaynaklar Sağlık Ve Sosyal Gelişim Bakanlığı aracılığıyla eyaletlere aktarılmaktadır.

2001 yılında ülkenin genel bütçesi 32.063.954.400 Amerikan Doları olmuş ve bunun 13.129.166.000 Amerikan Doları sosyal alanlara ayrılmıştır. Bu sosyal harcamaların da %16'sı Sağlık Bakanlığı'na ayrılmıştır. 2001'de Sağlık Bakanlığı toplam ulusal bütçenin %6,6'sı kadar pay almıştır. Bu bütçenin %74'ü eyaletlerdeki Bakanlığa bağlı kuruluşlara aktarılmıştır (3/567).

Eyaletlere arasında kaynakların dağılımı dalgalı bir görünümde. 2001 yılında Apure Eyaleti'ne³ kişi başına 76 Amerikan Doları, Miranda Eyaleti'ne⁴ 24 Amerikan Doları kaynak aktarılmıştır. Bu da kaynak dağıtım sürecinde, sağlıktaki eşitliği sağlanması için yapılan uğraşların bir kanıtıdır (5/5).

Bütçenin %70'i ikincil sağlık hizmetlerine, %20'si birincil sağlık hizmetlerine, kalan %10'luk kısım ise yönetsel faaliyetlere tahsis edilmektedir (3/567).

³ Apure Eyaleti, Kolombiya sınırında bulunan, toplam 76.500 kilometre kare alana sahip olan, 2000 yılı tahminlerine göre 377.756 kişinin yaşadığı, Venezüella'nın az gelişmiş eyaletlerinden birisidir.

⁴ Miranda Eyaleti, Karayip Denizi kıyısında bulunan, toplam 7.950 kilometre kare alana sahip olan, 2001 yılı tahminlerine göre 2.330.872 kişinin yaşadığı, Venezüella'nın gelişmiş eyaletlerinden birisidir.

II.5.2. Diğer Kamu Kuruluşları

Diğer kamu kuruluşları farklı şekillerde sağlık hizmetlerinin finansmanına katılmaktadır. Adalet Bakanlığı cezaevlerindeki sağlık hizmetlerini finanse etmekte, Kırsal Gelişim Bakanlığı ise sağlık merkezlerinin yapımındaki yatırımlarıyla finansmana katılmaktadır(4/5).

II.5.2.1. Sosyal Sigorta Kuruluşları Ve Sosyal Yardımlar

Büyük bankalar ya da özel şirketler tarafından yönetilen birçok prime dayalı emeklilik programı vardır. Venezuela Petrolleri ve Silahlı Kuvvetlerin işlettiği program, banka yönetiminde olmayan en büyük emeklilik programlarından biridir. Başkan Chavez, gelir ve zenginliğin dağılımında adaletin sağlanmasını, toplum katılımının güçlendirilmesini ve kamu karar verme sürecinde Vatandaş Gücü'nün oluşturulmasını üç temel sosyal hak olarak tanımlamıştır. Başkan Chavez 2003 yılı sonlarına doğru yeni sosyal programlara bir milyar Amerikan Doları kaynak tahsis etmiştir. 2004 yılında oluşan yüksek petrol fiyatları, artan sosyal program harcamalarının finansmanına yardımcı olmuştur (7/8).

1997 yılı verilerine göre herhangi bir güvenceye sahip kişilerin nüfusa oranı %65'dir (15,665,235 kişi). Venezuela Sosyal Güvenlik Kurumu en geniş kapsama sahiptir ve doğrudan sigortalı olan ya da onların bağımlılarından oluşan toplam sigortalı nüfusun %57'sini kapsamaktadır. Sağlık Ve Sosyal Gelişim Bakanlığı ile federal yönetimler herhangi bir sosyal güvenceye sahip olmayan kesim olan nüfusun %35'ini korumak zorundadır. Ancak pratikte Sağlık Ve Sosyal Gelişim Bakanlığı nüfusun yaklaşık %80'ine ayakta tedavi hizmeti sunmaktadır (3/563).

II.5.2.1.1. Venezüella Sosyal Güvenlik Kurumu⁵

Venezüella'nın zorunlu kamu sosyal güvenlik sistemi emeklilik, sakatlanma ve zor durumlarda vatandaşlara yardım gibi faydalar sağlamak için düzenlenmiş olsa da ülkenin ekonomik performansının kötü olması, yönetim eksikliği ve yaygın yolsuzluklar nedeniyle yetersiz kalmaktadır (7/8).

Venezüella Sosyal Güvenlik Kurumu finansman, sigorta ve hizmet sunum görevlerini bir arada yürüten merkezi alanda tek otorite olan bir kuruluştur ve hastahaneler ile ayakta tedavi kliniklerinden oluşan bir ağa sahiptir. Kamusal ve özel kaynaklara finanse edilmektedir.

Venezüella Sosyal Güvenlik Kurumu'nun gelirleri işçi, işveren ve devletin ödediği katılım paylarından gelmektedir. Bu para çeşitli fonlarda dağılmış durumdadır, fakat sağlık harcamalarının finansmanı sadece Tıbbi Bakım Fonu'ndan sağlanmaktadır (4/5).

Sosyal sigortaya ilişkin ilk yasa 1940'da çıkarılmıştır. Şu anda uygulanan yasalar 1966, 1991 ve 2002 yıllarında çıkarılmış olan yasalardır.

⁵ Bu kuruluşun adında "sosyal güvenlik" kavramına yer verilmesine rağmen, Venezüella'da halka kamu kaynaklı bir sosyal güvenlik hizmeti sunmamaktadır. Ülkede yerine getirdiği görev sosyal sigorta görevidir.

Sigorta kapsamı kamu ve özel sektörde çalışan kimseleri kapsamaktadır. Sigortadan faydalanma şartı ise sigortalı durumda bulunmaktır.

Sosyal sağlık sigortası fonunun kaynakları şunlardır:

- Sigortalı kişi tarafından sağlanan, kazancının %1,79'u oranında katkı. Bu katkılar aynı zamanda iş sakatlığı durumunda sağlanan faydaların da finansmanında kullanılmaktadır.
- İşverenler tarafından sağlanan, işçi maaş bordrosunun %3,46'sı oranında katkı. Bu katkılar aynı zamanda iş sakatlığı durumunda sağlanan faydaların da finansmanında kullanılmaktadır.
- Devlet, işveren gibi katkı sağlamaktadır. Toplam vergilendi ilebilir kazancın %1,5'i oranında katkı sağlamaktadır.

Hastalık, doğum, iş kazası, işsizlik gibi durumlarda sigortalı işçiler ve emekliler ile onların bağımlılarına sağlanan faydalar şunlardır:

- Maddi Fayda: Hastalık ve doğum durumunda çalışmakta olan işçilere sağlanan maddi faydalar şunlardır:
 - Hastalık Faydası: İşçinin aylık kazancının %66,6'sına eşit bir miktar, 3 gün ile 52 haftalık bir dönem süresince ödenmektedir. Bazı şartlarda bu süre uzayabilmektedir. Sigortalı eğer hastahanedeyken tedavi görmekteyse sağlanan maddi fayda %50 oranında azaltılmaktadır.
 - Analık Faydası: İşçini doğumdan önceki son bir aydaki kazancının %66,6'sına eşit bir miktar, doğumdan sonraki 6 boyunca ödenmektedir.
- Tıbbi Fayda:
 - İşçilere Ve Emeklilere Sağlanan Tıbbi Faydalar: Tıbbi hizmetler hastalara çoğunlukla doğrudan sosyal güvenlik kurumuna ait sağlık kuruluşlarınca ücretsiz olarak en fazla 52 hafta boyunca verilmekte, nekahat döneminde ise bu süre 52 haftaya daha uzayabilmektedir. Sağlanan tıbbi faydalar genel ve uzman doktor tedavisini, yataklı tedavi hizmetlerini, laboratuvar hizmetlerini, diş sağlığı hizmetlerini, doğum hizmetlerini, nakil işlemlerini ve ilaçları kapsamaktadır.
 - İşçilerin Ve Emeklilerin Bağımlılarına Sağlanan Tıbbi Faydalar: Tıbbi hizmetler hastalara çoğunlukla doğrudan sosyal güvenlik kurumuna ait sağlık kuruluşlarınca ücretsiz olarak verilmektedir. Sağlanan tıbbi faydalar, genel ve uzman doktor tedavisini, yataklı tedavi hizmetlerini, laboratuvar hizmetlerini, diş sağlığı hizmetlerini, doğum hizmetlerini, protezleri, nakil işlemlerini ve ilaçları, kapsamaktadır. Emeklilerin bağımlılarına tıbbi hizmetler en fazla en fazla 26 hafta süreyle verilmekte, ölmüş sigortalıların bağımlılarına ise 52 hafta boyunca verilmektedir.
 - İş Kazası Durumunda Sağlanan Tıbbi Faydalar: Ücretsiz genel ve uzman doktor tedavisini, yataklı tedavi hizmetlerini, laboratuvar hizmetlerini, rehabilitasyon hizmetlerini, protezleri ve ilaçları kapsamaktadır.
 - İşsizlik Durumunda Sağlanan Tıbbi Faydalar: İşçiler ve aile üyeleri 26 hafta süreyle sağlık sigortası kapsamındaki hizmetlerden faydalanmaktadır (11/191-194).

II.5.3. Dış Kaynaklar

2001 yılında dış işbirliği örgütlerinin katkısı 82,6 milyon Amerikan Doları olmuş ve Sağlık Ve Sosyal Gelişim Bakanlığı'nın toplam bütçesinin %3,9'unu oluşturmuştur. Bu katkıların %88'i kredi, %12'si ise hibe şeklinde olmuştur (3/567).

II.5.4. Kişisel Ödemeler

Aileler tarafından yapılan sağlık harcamalarının verileri Hane Halkı Tüketim İncelemesi'nden sağlanmaktadır (4/6). Buna göre özel sağlık harcamaları kamu harcamalarından daha fazla oranda artmaktadır. 1999'da özel sağlık harcamaları %50'den daha fazla aratarak GSMH'nin %1,6'sı kadar olmuştur (3/566).

II.5.5. Sağlık Harcamaları

Sağlık harcamalarında kamu harcamalarının payı 1995'de ulusal bütçenin %8,6'sı kadarken, 2000 yılında %11,6'ya yükselmiştir. Toplam sağlık harcamalarının GSMH'dan aldığı pay dalgalı bir seyir izlemiştir. 1995'de GSMH'nin %2,6'sı kadar olmuş, 1996'da %2'ye gerilemiş, 1997'de %2,7'ye çıkmış ve 2000 yılına kadar kararlı bir şekilde yükselerek %3'e ulaşmıştır. Kişi başına sağlık harcamalarında, kamunun payında da benzer bir durum görülmektedir. 1995'de 34,1 Amerikan Doları olmuş, 1996'da 23,8 Amerikan Doları'na gerilemiş ve 2000 yılında 62,2 Amerikan Doları'na yükselmiştir (5/5).

2001 yılında kamu sağlık harcaması GSMH'nin %3,3 oranında (3.010.265 Bolivar) olmuştur. Bu durum, yetersiz de olsa geçmiş yıllara göre kamu sağlık harcamalarında bir artış olduğunu göstermektedir. Kamu tarafından finanse edilen sağlık harcamaları 1995'de ulusal bütçenin %7,65'inden, 2002 yılında %12,11'ine yükselmiştir (6/12).

II.6. Sağlık Hizmetleri

Kamu sağlık kuruluşları hizmet ağı ülkenin bütününe yayılmış, farklı seviyelerdeki sağlık kuruluşlarını içermektedir. Sağlık hizmetlerinin kapsayıcılığında dikkate değer bir eksiklik vardır (4/11).

II.6.1. Birincil Sağlık Hizmetleri

Birincil sağlık hizmetleri düzeyinde 4.804 ayakta tedavi kuruluşu bulunmaktadır. Bu kuruluşların %96'sını oluşturan 4.605 tanesi Sağlık Ve Sosyal Gelişim Bakanlığı'na aittir (5/5).

Kamu sağlık sektöründe birincil düzeyde kapsamlı sağlık hizmetleri sunan kuruluşlar şu sınıflamaya uygun olarak ayarlanmıştır: Tip 1 ve Tip 2 Kırsal Ayakta Tedavi Merkezleri birincil düzeyde kapsamlı, yataklı tedavi hizmeti dışında kalan genel sağlık hizmetlerini sunan, 10.000 kişiden daha az nüfusa sahip bölgelerde bulunan sağlık kuruluşlardır. Pratikte Tip 1 ve Tip 2 Kırsal Ayakta Tedavi Kuruluşları, kapsamı dar, verilen koruyucu sağlık hizmetlerinin ve bu hizmetlere toplum katılımının sınırlı olduğu, sosyal hizmet yılları boyunca doktorlar ve basitleştirilmiş yardımcı sağlık personellerinin görev yaptığı sağlık kuruluşlarıdır.

Bu kuruluşlardaki sağlık çalışanları, toplumun yaşam şartlarını ve sağlığını geliştirmek için ev ziyaretleri yapmaktadırlar.

Tip 1, Tip 2 ve Tip 3 Kentsel Ayakta Tedavi Kuruluşları, yataklı tedavi hizmeti vermeyen, uzman tedavisi ve kapsamlı, genel sağlık hizmetlerini sunan 10.000 kişiden daha fazla nüfusa sahip bölgelerde bulunan sağlık kuruluşlarıdır (4/11).

Sağlık Ve Sosyal Gelişim Bakanlığı'nın ayakta tedavi kuruluşları ağı nüfusun yaklaşık %80'ine hizmet sunmaktadır. Her ne kadar nüfusun bazı kesimleri birden fazla sağlık hizmetinden yararlanabilse de, nüfusun çok büyük bir kısmı sınırlı sağlık hizmetlerine ulaşımında güçlük çekmekte ya da sınırlı bir şekilde faydalanabilmektedir (5/4).

4,819 sağlık kuruluşunun %95.6'sı (4,605), ayakta tedavi kuruluşları hizmet ağının bir parçası durumundadır. Ayakta tedavi kuruluşlarının %19.3'ü (890) kentsel ve %80.7'si (3,715) kırsal alanlardadır. Kırsal Ayakta Tedavi Kuruluşlarının %61.9'u (2,852) Tip 1 ve %18.7'si (863) Tip 2'dir. Bütünleşik sağlık hizmetleri stratejisinin, 2001 yılında ayakta tedavi hizmetleri seviyesinde uygulanmaya başlamasıyla, birincil sağlık hizmetlerinin çözüm kapasitesi artırılmaya çalışılmıştır (6/8).

II.6.2. İkincil Ve Üçüncül Sağlık Hizmetleri

Kamu sağlık kuruluşları arasında 296 eyalet hastahane bulunmaktadır. Bu kuruluşların 214 tanesi Sağlık Ve Sosyal Gelişim Bakanlığı ya da eyalet yönetimleri altında, 33 tanesi Venezüella Sosyal Güvenlik Kurumu, 13 tanesi Silahlı Kuvvetler Sosyal Yardım Kurumu, 3 tanesi Venezüella Petrolleri, 29 tanesi Ulusal Geriatri Ve Gerontoloji Kurumu, 2 tanesi Venezuela Guyana İşbirliği Ajansı, 1 tanesi Miranda Belediyesi ve 1 tanesi de Caracas Eyalet Polis Gücü yönetimi altındadır (5/5).

Özel sektöre ait 344 hastahane vardır. Bu kuruluşların 315 tanesi kâr amaçlı kuruluşlar, 29 tanesi ise kâr amacı olmayan vakif kuruluşlarıdır. 2000 yılı verilerine göre hasta yataklarının 40.675'i kamu sağlık sektörüne aittir. Bu hasta yataklarının %50'sinden fazlası gelişmiş eyaletlerde bulunmaktadır. Bu durum hizmet kapsamındaki coğrafi eşitsizliği açıkça göstermektedir (5/5).

Devlet hastahaneleri verimsiz, kalabalık ve kötü şartlara sahiptir. Özel hastahaneler ise klinikleri ve tıbbi personeli bakımından Birleşmiş Milletler standartlarına uygundur. Özel sağlık hizmetleri çok pahalı ve büyük ölçüde düzenlidir (7/8).

Kamu sağlık sektöründe birincil, ikincil ve üçüncül düzeyde kapsamlı sağlık hizmetini sunan, özellikle hizmet sunduğu nüfusun büyüklüğüne, yatak sayısına, sunduğu hizmetlerin karmaşıklık düzeyine ve farklı özellikteki fonksiyonlarına göre sınıflandırılmış Tip 1, Tip 2, Tip 3 ve Tip 4 hastahaneler vardır.

• **Tip 1 Hastahaneler:** Nüfusu 20.000'e kadar olan bölgelerde bulunmaktadır. 20-50 yataklı olan bu hastahaneler, cerrahi, çocuk hastalıkları, kadın hastalıkları ve kadın doğum alanında tıbbi hizmetleri sunmak üzere örgütlenmişlerdir.

• **Tip 2 Hastahaneler:** Nüfusu 20.000'den daha fazla olan bölgelerde kurulmuşlardır. 50-150 yataklı olan bu tip hastahaneler Tip 1 Hastahanelere göre daha karmaşık sağlık hizmetleri sunmak üzere örgütlenmişlerdir.

• **Tip 3 Hastahaneler:** 60.000'den daha fazla kişinin yaşadığı yerlerde kurulmuş olan, 150-300 yataklı ve Tip 2 Hastahanelerden daha karmaşık sağlık hizmetleri sunmak üzere örgütlenmişlerdir.

• **Tip 4 Hastahaneler:** Bu hastahaneler üniversite hastahaneleridir ve mezuniyet sonrası tıp eğitiminden sorumludurlar. 100.000'den fazla kişinin yaşadığı yerlerde bulunur. En karmaşık sağlık hizmetlerini sunmak üzere örgütlenmişlerdir ve 300 yataktan daha fazla kapasiteye sahiptir.

En yüksek problem çözme kabiliyetine sahip hastahaneler başkentte ve eyalet merkezlerinde bulunmaktadır. Hastahanelerin kapasite kullanım oranları düşüktür ve yatak işgal oranları %53 olarak belirlenmiştir. Birçok hastahanelerin problem çözme kapasitesi sınırlıdır. Hastahanelerde uzun ameliyat ve poliklinik sıraları vardır ve genellikle sağlık hizmeti için gerekli olan temel desteklerden yoksunlardır. Bu sorunlarla baş edebilmek ve çözüm geliştirmek için bir Ulusal Komisyon oluşturulmuştur. Göreceli bir özerkliğe, politik ve finansal desteğe sahip olan bu komisyon, temel sorunları belirlemek ve bu sorunların çözümü için, kısa ve orta vadeli projeler geliştirmiştir. Kısa dönemde kamu sağlık hizmet ağı ile karşılanamayacak olan önemli taleplerin karşılanabilmesi için dost ülkelerle anlaşmalara girişilmiştir.

Buna ek olarak seçilmiş hastahanelerin alt yapısının güçlendirilmesi ve tıbbi araç-gereç sağlanması için, fazladan büyük bir bütçe tahsis edilmiştir. Ayrıca yönetsel özerkliğin gelişimine izin verecek bir yasal ve yönetsel alt yapı belirlenmiştir.

Birçok hastahane insan gücü ve maliyetlerin hesaplandığı, fakat klinik ve yönetsel alanlarda kullanılmayan, farklı bilgisayar sistemleriyle donatılmıştır. Sağlık Ve Sosyal Gelişim Bakanlığı geçmiş yıllarda Pan Amerikan Sağlık Örgütü ile hastahane yönetimi için bilgi sistemi uygulamasına başlamıştır (4/12,13).

II.6.3. Halk Sağlığı Hizmetleri

Venezüella yasalarına göre Çevre Ve Doğal Kaynaklar Bakanlığı ile Sağlık Ve Sosyal Gelişim Bakanlığı çevresel kaliteyi denetlemekte, düzenlemekte ve gözlemlenmektedir. Birincil olarak Çevresel Kalite Genel Müdürlüğü ve ikincil olarak Çevre Sağlığı Ve Sanitasyon Denetimi Genel Müdürlüğü aracılığıyla bu işlevler yerine getirilmektedir. Ayrıca konut alanında Alt Yapı Bakanlığı ve kimya alanında Maden Ve Enerji Bakanlığı gibi birçok farklı devlet kuruluşu çevre sağlığı alanında yetkili kurumlardır.

Çevre sağlığı hizmetleri bireyin ve toplumun sağlığını korumak için sağlıklı çevre şartlarının gelişimini, korunmasını düzenleyici eylemleri içermektedir. Bu etkinlikler insan sağlığına zararlı olabilecek biyolojik, fiziksel, kimyasal ve diğer etkenlerin ortadan kaldırılmasını, azaltılmasını ve denetim altına alınmasını içermektedir. Tüm bu işlemler Çevre Ve Doğal Kaynaklar Bakanlığı ve ilgili alanlarda Çalışma Bakanlığı ile eşgüdüm içinde yürütülmektedir.

Sağlık Ve Sosyal Gelişim Bakanlığı organ, biyolojik doku, embriyo, fetüs, kadavra gibi insan parçalarının imhası konusunda düzenlemeler getirmenin yanı sıra sağlık kuruluşlarındaki zararlı ürünlerin, çevreye zarar vermemesi ve hastalıkların yayılmaması için, imhasından sorumludur. Sağlık Ve Sosyal Gelişim Bakanlığı aynı zamanda çevre sağlığı politika, plan ve programlarının belirlenmesinden, teknik standartlarının ayarlanmasından, politika, plan ve programların eşgüdünden, denetiminden ve ulusal düzenlemelere uygunluğunun sağlanmasından sorumludur. Sağlık Ve Sosyal Gelişim Bakanlığının Eyalet ve Belediye Yönetimleri çevre sağlığı programlarının uygulanmasından sorumludur.

İçilebilir su kapsamı 1996'da %77'iken 2000 yılında %84'e çıkmıştır. Kapsanmayan alanlar daha çok kırsal bölgeler ve yerlilerin yaşadığı alanlardır. Ülkenin 125 su arıtma tesisi bulunmaktadır ve bu tesislerin çoğu kentsel bölgelere kaliteli su sunmayı temin eden su işleri dahilindedir. Su şebekesi altyapısı tasarım kapasitesine bağlı olarak yeterli değildir. Kırsal kesimlerde kontrol ve gözetimde boşluklar vardır ve sonuç olarak bu bölgelerdeki suyun kalitesi sifihelidir (6/7).

2000 yılı itibariyle nüfusun %73'ü yeterli kanalizasyon sistemine sahiptir, kullanılabilir su sağlanması hizmeti gibi bu hizmet de kırsal ve yerlilerin bulunduğu alanlarda yetersizken, şehirlerde daha iyi sağlanmaktadır. Geçmiş yıllarda bu sektördeki kamu yatırımları GSMH'nin binde 2'sini geçmemiştir. Ulusal Çevre Sağlığı Planı'na uygun olarak, 2001 yılında bu sektöre 88,9 milyon Amerikan Doları ek kaynak aktarılmış ve böylelikle sektörün bütçesi %26,7 artmıştır (3/563,564).

Belediyelerin %72'si katı atıkların sağlıklı şekilde yok edilmesi için gerekli olan alt yapıdan yoksundur ve ülkenin katı atıkları (hastahanelerin enfeksiyonlu katı atığı da dahil) için güvenli çöp arazileri yoktur. Son zamanlarda bu soruna çözüm sağlayacak yasal çerçeve geliştirilmeye çalışılmaktadır. 2003 yılında hazırlanan Katı Atık Yasası, katı atık yönetimi için bölgesel planların ana hatlarını belirlemiştir. Katı atıkların son aşamadaki yok edilme işlemleri için bölgeler kurulmuş ve eski bölgeler de yenilenmiştir. Katı atıkların sağlıklı çevre anlamında ele alınması durumu, ulusal seviyede halen ciddi bir sorundur (6/10,11).

Sağlık Ve Sosyal Gelişim Bakanlığı ülkedeki tüm gıda maddelerinin tescilinden sorumludur. 2001 yılında 90.000 çeşit gıda maddesinin güvenilirliğinin garantisini için, üretim aşamasından, tüketim aşamasına kadar denetimleri yapılmıştır. 2000 yılında Sağlık Ve Sosyal Gelişim Bakanlığı gıdalar için Tehlike Analizi Kritik Denetim Noktaları Sistemi kurmaya başlamıştır.

● İlaç gözetimi çalışmaları, Miranda ve Bolivar eyaletlerindeki endüstriyel alanlarda, atık yoğunluğunun artması sebebiyle hava kirliliği düzeyinin arttığını tespit etmiştir. Çalışmalar, hava kirliliğinin artmasıyla birlikte solunum hastalıklarının da arttığını göstermektedir.

Gıdaların, ilaçların, kozmetik ürünlerinin, teşhis ve tedavi amaçlı malzemelerin ve potansiyel olarak sağlıklı etki eden tüketim maddelerinin güvenilirliğinin incelenmesinden ve değerlendirilmesinden sorumlu olan Sağlık Ve Sosyal Gelişim Bakanlığı bünyesindeki Rafael Rangel Hijyen Kurumu bilimsel ve teknolojik destek sağlamaktadır (3/564).

2003 yılı Ocak ayında Ulusal Gıda Kodeksi Kurulu çalışmalarına başlamış ve ilk iş olarak, kamu ve özel sektörlerin bütünleşmesinden, bunların gıda kontrol prosedürlerine bağlanmasından ve ulusal seviyede gıda denetiminin modernizasyonu ile ilgili bir tartışma forumu düzenlemiştir (6/10).

Laboratuvar alanında yeterli kapasiteye sahip olmayan, yetişmiş insan gücü ve araştırma faaliyetlerinden yoksun ve yeni uygulanmaya başlayan çevre sağlığı gözetim programının güçlendirilmesi gerekmektedir (3/564).

II.6.4. Sağlık İstatistikleri

Ulusal Sağlık Bilgi Sistemi, epidemiyoloji, sağlık programları, sağlık hizmetleri, maliyetler ve harcamalar konusunda kullanılacak bilgilerin toplanmasından ve incelenmesinden sorumludur. Ancak pratikte, bu görevler Sağlık Ve Sosyal Gelişim Bakanlığı'nın ve diğer eyaletlerin farklı birimlerine dağılmış durumdadır (5/5).

II.6.5. Sağlık İnsangücü

1999 yılı verilerine göre ülkede, on bin kişiye 19,7 doktor ve 7,9 hemşire düşmektedir. Doktorların %46,8'i tam zamanlı ya da yarı zamanlı Sağlık Ve Sosyal Gelişim Bakanlığı ile Venezuela Sosyal Güvenlik Kurumu bünyesinde çalışmaktadır. Diğer kamu kuruluşlarında çalışan doktorlar hakkında bir bilgi bulunmamaktadır. 1998 verilerine göre kayıtlı doktorların %50,5'i genel pratisyen %49,5'i uzman doktordur. Doktorların %55'inin kişi başına gelirin en yüksek olduğu beş eyalette çalışması, eyaletler arasında adaletsiz bir dağılımın olduğunu göstermektedir (3/565).

Diş hekimlerinin %17,2'si yarı ya da tam zamanlı olarak Sağlık Ve Sosyal Gelişim Bakanlığı ve Venezuela Sosyal Güvenlik Kurumu'na ait sağlık kuruluşlarında çalışmaktadır (4,6).

Üniversite Sektörü Planlama Bürosu'na göre 1997 yılı itibariyle ülkede 10 adet tıp, 8 adet hemşirelik, 7 adet dişçilik, 4 adet eczacılık, 3 adet beslenme, 5 adet biyoanaliz ve 4 adet veterinerlik lisans programı bulunmaktadır. Hemşirelikte 19, fizyoteranide 3, iş sağlığında 3, kalp-akciğer bakımında 1, sağlık bilgisinde 1, sağlık mühendisliğinde 1, sitoteknoloji'de 1, konuşma terapisinde 2, sosyal çalışmada 1, hastahane yönetiminde 2, hizmet yönetiminde 2, radyolojide 1, ve gerontolojide 1 adet yüksek lisans programı vardır.

• Üniversiteler Ulusal Kurulundan alınan 1997 verilerine göre Üniversite Sektörü Planlama Bürosu'na ait 167 uzmanlık programı, 53 master programı ve 20 doktora programı bulunmaktadır.

Sağlık Projesi Eğitim Birimleri 2001'den alınan bilgilere göre 1997 ve 2000 yılları boyunca Dünya Bankası tarafından finanse edilen ve Pan Amerikan Sağlık Örgütü'nün teknik desteğiyle yürütülen Ulusal Eğitim Programı, sağlık sisteminin güçlendirilmesi için altyapıyı geliştirilmiştir. Toplam 24 eyaletten 2.816 katılımcı ile 143 adet kurs düzenlenmiştir.

Bu kursların içeriği sağlık yönetiminin teknolojik yönünü, kapsamlı sağlık hizmetlerini, sağlık hizmetleri yönetimini, sosyal bakımı, ana-çocuk sağlığını ve epidemiyolojik konuları kapsamıştır.

Sağlık Ve sosyal Gelişim Bakanlığı'nda çalışan genel pratisyenler, ortalama aylık 1.000 Amerikan Doları, uzmanlar ise 1.200 Amerikan Dolar maaş almaktadır. Venezuela Sosyal Güvenlik Kurumu, bölgesel yönetimler ve Sağlık Bakanlığı'nda çalışan doktorların maaşları arasında %10 ya da %20 oranında fark bulunmaktadır.

Sağlık ve sosyal hizmetler alanında çalışmakta olan insangücünün güçlendirilmesine, özellikle bilgi sistemi ve sağlık politikalarında, kapsamlı insangücü politikalarının tanımlanmasına ihtiyaç vardır. Profesyonellerin sertifikalandırılması üniversiteler tarafından yapılmaktadır. Sağlık Ve Sosyal Gelişim Bakanlığı'nın Sağlık Denetim Bölümü profesyonelleri doktorlar profesyonel hemşireler, teknik hemşireler, diş hekimleri, eczacılar, beslenme uzmanları ve biyoanalistler olarak sınıflandırmaktadır. Profesyonel uygulamalar, tıbbi uzmanlık uygulamaları üzerine kurulmuş, profesyonel dernekler ve federasyonlar tarafından düzenlenmektedir.

Sağlık Belgesi'ne göre Sağlık Ve Sosyal Gelişim Bakanlığı sağlık profesyonelleri ve sağlık teknisyenlerinin uygulamalarını kalite, meslek ahlakı, öğrenim, araştırma ve yeni personel yönetim planlarına dayanarak izleyebilecek, denetleyebilecek ve düzenleyebilecektir. Ayrıca yeniden sertifikalandırma ölçütleri ve mekanizmalarını belirlemek amacıyla, Sağlık Ve Sosyal Gelişim Bakanlığı eşgüdümünde, Eğitim Bakanlığı, Bilim Ve Teknoloji Bakanlığı, ulusal üniversiteler, ulusal akademiler ve bilimsel toplulukları içeren bir kurul oluşturulacaktır (3/565,566).

II.6.6. Eczacılık Hizmetleri Ve İlaç Sanayi

Sağlık Yasası ve İlaç Yasası ulusal ilaç politikasıyla ilgili tüm konuları düzenlemektedirler. Sağlık Ve Sosyal Gelişim Bakanlığı bünyesindeki Rafael Rangel Hijyen Kurumu ilaç ve eczacılık endüstrisi ile ilgili ürünlerin saflığını ve kalitesini gözlemlemek ve değerlendirmektedir (4/7).

Ulusal ihtiyaçlar ülkedeki üreticiler ve ithalatçılar tarafından karşılanmaktadır. 1995 yılında ulusal üretim, ülkenin ilaç ihtiyacının %95'ini karşılarken, 2000 yılında bu oran %45'e düşmüştür. Toplam ilaç harcamaları 1998 yılında 1,2 milyar Amerikan Doları iken, 2000 yılında 1,6 milyar Amerikan Dolarına çıkmıştır. 2000 yılında toplam ilaç harcamalarının %34'ü kamu sektörü tarafından yapılmıştır (3/565).

Sağlık Ve Sosyal Gelişim Bakanlığı, ulusal üniversiteler ile işbirliği içinde her yıl bir Ulusal İlaç Listesi hazırlamaktadır. Ulusal Kamu Sağlık Sistemi kuruluşları bazı istisnai durumlar dışında, sadece bu listede bulunan ilaçları reçete edebilmektedir.

İlaç Yasası'na göre hastahanelerde ve eczahanelerde bir eczacının var olması gerektiği halde, bu düzenlemeye uyum az ve denetimler de yetersizdir (4/7).

II.6.7. Bilimsel Araştırmalar Ve Tıbbi Teknoloji

Ulusal Teknolojik Ve Bilimsel Araştırma Kurulu, ulusal düzeyde bilimsel ve teknolojik alanlardaki çalışmaların eşgüdümünü sağlamaktadır. Ulusal Teknolojik Ve Bilimsel Araştırma Kurulu sorumluluğu altında olan ancak yönetsel özerkliğe sahip bilim ve teknoloji vakıfları 10 eyalette çalışmalarını sürdürmektedir.

Eğitim Ve Araştırma Genel Müdürlüğü'ne bağlı, Sağlık Araştırma Müdürlüğü, Sağlık Ve Sosyal Gelişim Bakanlığı bünyesinde çalışmaktadır. Aynı zamanda temel görevi sağlık araştırmaları olan dokuz adet sağlık merkezi ve sağlık kuruluşu Bakanlığa bağlı olarak görev yapmaktadır. Ulusal Teknolojik Ve Bilimsel Araştırma Kurulu'ndan alınan bilgilere göre, 1990 yılında toplam araştırma kaynaklarının %34'ü, 1993 yılında %20,3'ü sağlık araştırmaları alanında kullanılmıştır. 1998 yılında Bilimsel Araştırmalar Burs Programı altında, programa ait kaynakların %46,4'sı (2,875,926 Amerikan Doları) tıbbi teknoloji ve tıbbi bilimler alanında kullanılmıştır (3/566).

1996 yılında kan bankalarında, acil servislere, radyoloji bölümlerinde, laboratuvarlarda, doğum odalarında, onkoloji, kadın hastalıkları ve kadın doğum bölümlerindeki araç gereçlerin %86'sının verimli çalışmadığı ya da kullanımda olmadığı tespit edilmiştir. Başka yıllarla ilgili bilgi bulunmamaktadır.

2000 yılında merkezi düzeydeki bütçenin %7,6'sı tıbbi araç-gereç ve tamir-bakım hizmetleri için ayrılmıştır. 2000 yılı verilerine göre, tamir-bakım bölümünde görevli personelin %26'sı sadece deneysel eğitime sahip personelden oluşmaktadır.

Yüksek teknolojiye sahip tıbbi donanımlar federal bölge merkezinde ve gelişmiş eyalet merkezlerinde yoğunlaşmıştır. Ancak bu donanımların sayısı, çeşidi ve nerelerde bulunduğu dair özel bir bilgi bulunmamaktadır (4/8).

II.6.8. Geleneksel Tıp Uygulamaları

Venezüella'da Uluslararası Homeopati⁶ Tıp Birliği'ne (Liga Medicorum Homeopathica Internationalis) üye 41 kişi vardır. Venezüella'da Yaklaşık 10 kayropati uygulayıcısı vardır. Kayropatik⁷ (Chiropractic) yasası olmamasına rağmen sağlık hizmet sunucuları tarafından ananevi olarak kayropatik uygulamalar resmen tanınmaktadır.

⁶ Homeopati, sağlığa kavuşturma sistemi olup, benzeri benzer ile tedavi etme temeline dayanır. Homeopati kelimesi "homoion" benzeri ve "pathos" acı çekme kelimelerinden türetilmiştir. Homeopati tarihte ilk defa doktor, kimyager ve eczacı olan Dr. S. Hahnemann tarafından kurulmuş ve geliştirilmiştir. Dr. S. Hahnemann (1755-1843) yıllar süren araştırmaları ve gözlemleri sonucu şu görüşe varmıştır : "Sağlıklı bir insan üzerinde bir doğal maddeyi mümkün olan en yüksek dozda alması ve bunun sebep olabileceği hastalık belirtileri ile alınan maddenin karakteristik özellikleri aynıdır".

⁷ Kayropati: Manipülatif ve beden bazlı yöntemlerden birisi olarak bilinen bedenin manipüle veya hareket ettirilmesine dayanan alternatif tıp uygulamasıdır. Spinal manipülasyon uzun süredir denenmekte olan bir tedavi biçimi olup yararlı olduğuna ilişkin çelişkili sonuçlar bildirilmektedir. Bu teori öğrenme bozukluklarının kafa tasındaki iki özel kemikle ilişkili olduğunu da ileri sürmektedir ancak kesin bilimsel kanıt bulunmamaktadır.

Venezuela'da sağlık hizmetleri tıbbi profesyonellerin resmi eğitimi ile sınırlanmıştır. 1975 Venezuela Anayasasının 13. bölümü olan Tıp Uygulamaları Hakkında Yasa, eyaletlerde yasanın gerektirdiği şartları taşımayan kişilerin tıbbi uygulamalarını yasa dışı olarak tanımlamaktadır. Sadece bakanlıkça izin belgesine sahip geleneksel doğum görevlileri bu durumdan muaftır.

Venezuela Homeopatik Tıp Birliği'nin Homeopatik Tıp Okulu homeopati alanında alopatik doktorların eğitiminden sorumludur. Alopatik doktorlar uzmanlık eğitimlerini tamamladıktan sonra homeopatik uygulamalarını yapabilmektedirler. (9/71).

II.6.9. Sağlık Hizmetlerinde Yapılan Yenilikler

Devletin fakirlikle savaş politikası kapsamında geliştirdiği, toplumun aktif katılımını temel alan "Miosnes" denilen kitlesel ve sosyal bir strateji ortaya çıkmıştır. Stratejinin satırlarından biri de sağlıkla ilgilidir ve "Mision Barrio Adentro" olarak bilinmektedir. Bu stratejinin temel amacı temel sağlık hizmetlerinin kapsamını kalite ve eşitlik ilkeleri doğrultusunda artırmaktır (6/8).

Barrio Adentro (semt içi, komşuluk içi) programı 2002 yılında planlanmış ve 2003 yılından itibaren de uygulanmaya başlanmıştır. "Barrio", Bolivarcı devrim öncesinde Venezuela'nın kırsal ve kentsel bölgelerindeki, coğrafi olarak ulaşılmazı oldukça zor olan, iktisadi olarak yoksullaşan işçilerin ve işsizlerin yaşadığı bölgelere verilen isimdir. 1998 öncesinde kamuda sınırlı sayıda çalışan sağlık çalışanının hizmet sunabilmek için Barrio bölgelerine gitmeyi tercih etse bile, hükümetin onların güvenliğini sağlayamayacağını belirttiği, hatta görmezden geldiği yerleşim yerleridir (8/210).

Küba Cumhuriyeti ve Bolivarcı Venezüella Cumhuriyeti arasında imzalanan işbirliği anlaşması çerçevesinde, sağlık sisteminde yapılan yapısal değişiklikler sonucu ortaya çıkan Mision Barrio Adentro resmi olarak 22 Mayıs 2003 tarihinde Libertador Belediyesi ile Caracas Metropol Bölgesi Tıp Koleji arasında Eylem Anlaşması'nın imzalanmasıyla hayata geçirilmiştir. Bu anlaşma 200 Kübalı ve 30 Venezüellalı doktorun katılımıyla 171 Barrio'ya sağlık hizmeti sunumunu içermektedir. Proje için ilk olarak 1 milyar Bolivar kaynak ayrılmıştır.

Mision Barrio Adentro çerçevesinde birincil sağlık hizmetleri seviyesinde bir doktor bir hemşire ve bir toplum sağlığı teknisyeninden oluşan ve 250 aileye (yaklaşık 1250 kişi) hizmet veren Halk Sağlığı Merkezleri oluşturulmuştur. Her Halk Sağlığı Merkezi'nde bir adet Yaşam Ve Sağlık Evi olarak adlandırılan Topluluk Toplantı Salonu kurulmuştur. Yaşam Ve Sağlık Evi'nde düşük maliyetle ilaç sağlayan bir Halk Eczahanesi işleterek sağlık ekibine yardımcı olan bir Sağlık Komitesi çalışmaktadır. 2004 yılında 5.000 adet Halk Sağlığı Merkezi'nin yapılmasına karar verilmiş ve 58 adet Halk Sağlığı Merkezi'nin yapımı tamamlanmıştır. Caracas Federal Bölgesi'ndeki Libertador Belediyesi'nde ve Miranda Eyaleti sınırları içindeki Sucre Belediyesi'nde ise 242 adet Halk Sağlığı Merkezi yapım aşamasındadır. 1800 adet merkezin de diğer eyaletlerde yapılması beklenmektedir (6/8).

Sağlık çalışanlarının, sağlık hizmetlerini toplumun ayağına kadar götürebilmek için günde 20 ila 40 arasında ev ziyareti yapmalarının yanı sıra, birincil sağlık hizmeti sunan kurumlar olan sağlık merkezlerinin yakınında ve toplum ile iç içe yaşamaktadır. 2004 yılına kadar Barrio bölgesinde yaşayanlara yaklaşık olarak seksen milyon ev ziyareti yapılmıştır. Yirmi dört milyon nüfusa sahip ülkede 17 milyon kişinin birincil sağlık hizmeti gereksinimi parasız karşılanabilmiştir (8/210).

İkincil sağlık hizmetleri seviyesinde, Halk Sağlık Merkezlerinden gönderilecek olan hastalara sağlık hizmeti sunacak, yüksek çözüm kapasitesine sahip Halk Klinikleri kurulacaktır. Bu kliniklerde çalışacak olan personel, uzman doktorlar, dişçiler ve diğer destek hizmetlerden oluşacaktır. Halk Klinikleri teşhis amaçlı yüksek teknoloji ürünü donanımlara sahip olacaktır ve bu klinikler her gün 24 saat acil sağlık hizmeti, 12 saat gezici sağlık hizmeti sunacaktır.

Üçüncül sağlık hizmetleri seviyesinde, birincil ve ikinci seviyeden gönderilen hastalara sağlık hizmeti verecek olan, çok karmaşık sağlık hizmetlerini sunan Halk Hastahaneleri'nin kurulması planlanmaktadır. Bu hastahanelerde sağlık hizmetleri, yüksek teknoloji ürünü teşhis ve tedavi donanımlarıyla desteklenmiş, uzmanlık ve alt uzmanlık dallarındaki doktorlar tarafından sunulacaktır (6/9).

İkincil ve üçüncül sağlık hizmetleri seviyesindeki programların 2006 yılında hızlanacağı belirtilmektedir. Küba, programın tüm bölümlerine aktif olarak katılacağını belirtmekte ve yaklaşık 9.000'i sağlık teknolojisi uzmanı olan, toplam 40.000 Kübalı sağlık çalışanının programda çalışabileceğini açıklamıştır. Birincil sağlık hizmeti sunan birimlerin dışında Venezüella'daki 600 teşhis ve tanı merkezi, 600 rehabilitasyon ve psikoterapi merkezi ve 35 ileri teknoloji sağlık merkezindeki ilaç, diş sağlığı hizmetleri, ameliyatlara vb. tüm sağlık hizmetleri ücretsiz sağlık hizmeti kapsamına alınmıştır.

Barrio Adentro programının bir diğer boyutu Küba Cumhuriyeti ile Bolivarcı Venezüella Cumhuriyeti hükümetlerinin 14 Aralık 2004 yılında imzaladığı anlaşmanın 11. ve 12. maddelerinde belirtilmiştir. Anlaşmaya göre, Kübalı sağlık çalışanları, Venezüellalı tıp öğrencilerine topluma dayalı sağlık hizmetleri eğitimi verecek bin kişi Küba'da tıp eğitimi alabilecek, Venezüella'da Mision Ribas⁸ kapsamındaki okullardan mezun olan on bin kişi Kübalı bir ailenin yanında kalarak üniversite eğitimini alabilecek, gerekli olduğu durumlarda hastalar Küba'da tedavi olabilecek ve ilaç gereksinimi karşılanacaktır. 2004 yılına kadar 15.400 kişi ameliyat için Küba'ya gitmiştir (8/211).

⁸ Mision Ribas kapsamında, Maden Ve Enerji Bakanlığı ile Venezüella Petrolleri'nin lojistik desteğiyle yedi yüz bin yetiştikine, bakanlığa hazırlanma ve yüksek öğrenim imkanı sağlanmıştır. Ayrıca bugüne kadar üniversiteden uzaklaşmış olan beş yüz bin genç ve yetişkin için yüksek öğrenime başlama programı açılmıştır.

III. VENEZÜELLA VE TÜRKİYE SAĞLIK SİSTEMLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

Tablo 1: Venezüella Ve Türkiye Sağlık Göstergelerinin Karşılaştırılması

GÖSTERGELER	VENEZÜELLA	TÜRKİYE
Nüfus (Milyon) (2004)	26,282 ¹	72,220 ¹
Nüfus artış hızı (%) (1994-2004)	2 ¹	1,6 ¹
Kişi başına düşen GSMH (ABD \$) (2004)	4.040 ²	3.770 ³
Toplam sağlık harcamalarının GSMH'ya oranı (%) (2003)	4,5 ¹	7,6 ¹
Toplam sağlık harcamalarında devletin payı (%) (2003)	44,3 ¹	71,6 ¹
Toplam sağlık harcamalarında kişisel ödemelerin payı (%) (2003)	55,7 ¹	28,4 ¹
Devletin sağlık harcamalarında uluslar arası kaynakların katkısı (%) (2003)	0,1 ¹	0 ¹
Devletin sağlık harcamalarına sosyal güvenlik kurumlarının katkısı (%) (2003)	25,2 ¹	54,6 ¹
Kişi başına toplam sağlık harcaması (ABD \$) (2003)	146 ¹	257 ¹
Beklenen yaşam süresi (yıl) (2004)	75 ¹	71 ¹
Bebek ölüm hızı (1000'de) (2004)	17 ²	28,3 ³
5 yaş altı çocuk ölüm hızı (1000'de) (2004)	19 ¹	32 ¹
Bin kişiye düşen doktor sayısı*	1,94 ¹	1,35 ¹

Kaynak:¹ (12) WHO (2006, World Health Report 2006, World Health Organization, Geneva, s: 174,176,184,185,189,196,198.

² (13) WB (2006) The World Bank, Venezuela Data Profile, s: 8,10.

³ (14) WB (2006) The World Bank, Turkey Data Profile s: 8,10.

* Venezüella'ya ait veri 2001 yılına, Türkiye'ye ait veri 2003 yılına aittir.

Venezüella'da 1990'lı yıllarda zengin ile fakir halk arasındaki gelir farkının artmasıyla beraber toplumsal bir hareket başlamış ve bu hareket sonucunda şu anki Devlet Başkanı Hugo Rafael Chavez Frias iktidara gelmiştir. Yeni Devlet Başkanı'nın iktidara gelmesiyle birlikte ülkede ekonomiden sağlığa kadar tüm alanlarda büyük değişiklikler yaşanmış ve yaşanmaya da devam etmektedir.

Venezüella'da GSMH'dan sağlığa ayrılan pay son yıllarda artarak %4'ler seviyesine gelmiştir. Bu oran bölgesindeki diğer ülkelere nazaran düşük olsa da, son yıllarda devletin sosyal alanlara yaptığı yatırımların artmasıyla birlikte bu oranın da yükseleceği tahmin edilmektedir. Türkiye'de GSMH'dan sağlığa ayrılan pay Venezüella'ya nazaran daha yüksektir ve %7 civarındadır. Ancak GSMH oranlarındaki bu farka rağmen Venezüella'da anne ölüm oranı, bebek ölüm oranı, beklenen yaşam süresi gibi sağlık göstergeleri Türkiye'ye göre daha iyidir.

Venezüella'da sağlık hizmetleri arzının finansmanında kamu sektörü özel sektöre nazaran daha önemli bir konuma sahiptir. Kamu sektörü finansman kaynaklarının büyük bir kısmı devlet bütçesinden sağlanmaktadır.

Bununla beraber Venezüella Sosyal Güvenlik Kurumu'nun üyelerinden topladığı primler / katkı payları ve kendi sağlık kuruluşlarında sunduğu sağlık hizmetleri karşılığında sağladığı gelirler de kamu sağlık sektörü finansmanına önemli bir katkıda bulunmaktadır. Türkiye'deki sağlık hizmetleri arzının finansmanında da kamu sektörü özel sektöre nazaran daha önemlidir. Kamu sektörü finansman kaynaklarının bir kısmını devlet bütçesinden sağlamakta, bir kısmını sosyal güvence (sigorta) kurumlarından sağlamaktadır. Venezüella'dan farklı olarak Türkiye'de sosyal güvence kurumlarının bu finansmana katkısı daha fazladır. Venezüella'da sağlık hizmetleri talebinin finansmanında kişisel (cepten) ödemeler, Türkiye'ye nazaran daha önemli bir yere sahiptir.

Sağlık hizmetlerinin temel sunucusu her iki ülkede de kamu sağlık kuruluşlarıdır. Venezüella'da sağlık kuruluşlarının yönetiminden birinci derecede Sağlık Ve Sosyal Gelişim Bakanlığı, Türkiye'de ise Sağlık Bakanlığı sorumludur. Venezüella'da eyalet ve belediye düzeyinde sağlık hizmetlerinin sunumundan Sağlık Ve Sosyal Gelişim Bakanlığı'na bağlı Sağlık Ve Sosyal Gelişim Eyalet Yönetimleri ve Sağlık Ve Sosyal Gelişim Belediye Yönetimleri sorumludur. Türkiye'de de illerde Sağlık Müdürlükleri ve ilçelerde Sağlık Grup Başkanlıkları sağlık hizmetlerinin sunumundan sorumludur.

Venezüella'da nüfusun %65'i her hangi bir sigorta kuruluşuna bağlıdır. Kamu ve özel sigortalar arasında kapsayıcılığı ve kapsamı en büyük olan sigorta kuruluşu Venezüella Sosyal Güvenlik Kurumu'dur. Bu kurum işveren, işçi ve devletten sağladığı kaynaklarla finanse edilmekte olup, üyelerine ve onların bağımlılarına genellikle kendi sağlık kuruluşları aracılığıyla sağlık hizmeti sunmaktadır.

Türkiye'de de Venezüella gibi nüfusun yaklaşık %60-65'lik kesimi özel ya da kamu yönetiminde olan bir sigorta kuruluşuna bağlıdır. Kamu sigorta kuruluşlarının kapsayıcılığı ve sunduğu hizmetlerin kapsamı çok daha geniştir. Bu sigorta kuruluşlarının üyelerine ve bağımlılarına sağlık hizmeti sunacak alt yapısı bulunmamakta ve bu hizmetleri kamu ve özel sağlık hizmeti sunucularından satın almaktadırlar.

Venezüella'da Sağlık Ve Sosyal Gelişim Bakanlığı'na bağlı Tip 1, Tip 2 ve Tip 3 Kentsel Ayakta Tedavi Kuruluşları ile Tip 1 ve Tip 2 Kırsal Ayakta Tedavi Kuruluşları ülke genelinde birincil sağlık hizmetlerini sunmaktadır. Kırsal Ayakta Tedavi Kuruluşları nüfusu 10.000'den daha az olan bölgelerde bulunurken, Kentsel Ayakta Tedavi Kuruluşları nüfusu 10.000'den daha fazla olan bölgelerde bulunmaktadır. Kentsel Ayakta Tedavi Kuruluşları'nda verilen sağlık hizmetleri, kırsal ayakta tedavi kuruluşlarında verilen sağlık hizmetlerine nazaran daha kapsamlıdır.

Türkiye'de Sağlık Bakanlığı'na bağlı sağlık ocakları, ana-çocuk sağlığı merkezleri, verem savaş dispanserleri aracılığıyla kentsel alanlarda, köy sağlık ocakları ve köy sağlık evleri aracılığıyla da kırsal alanlarda, birincil sağlık hizmetleri verilmektedir. Ülke geneline yayılmış bu kuruluşlardan kentsel alanlarda hizmet verenler, kırsal alanlarda hizmet veren kuruluşlara göre daha donanımlıdır ve sunulan hizmetler de daha kalitelidir.

Venezüella'da birincil sağlık hizmetleri sunumunda olduğu gibi ikincil ve üçüncül sağlık hizmetleri sunumunda da kamu sağlık sektörü başı çekmektedir. Kamu sağlık sektöründeki hastahanelerin büyük bir kısmı Sağlık Ve Sosyal Gelişim Bakanlığı'na aittir. Tip 1, Tip 2, Tip 3 ve Tip 4 olarak sınıflandırılmış olan Sağlık Ve Sosyal Gelişim Bakanlığı hastahaneleri aracılığıyla yataklı tedavi hizmetleri verilmektedir. Tip 1 Hastahanelerde verilen hizmetler daha basitken, Tip 4'e gidildikçe verilen hizmetlerin karmaşıklık düzeyi artmaktadır. Tip 4 Hastahaneler üniversite hastahaneleri olup, bu hastahaneler tarafından üçüncül sağlık hizmetleri verilmesinin yanında mezuniyet sonrası tıp eğitimi de verilmektedir. Venezüella Sosyal Güvenlik Kurumu da kendi sağlık kuruluşları aracılığıyla ikincil sağlık hizmetlerini sunmaktadır. Eğitim Bakanlığı, Silahlı Kuvvetler, Venezüella Petrolleri gibi bazı kamu kuruluşlarının da sınırlı sayıda hastahaneleri vardır.

Türkiye'de Sağlık Bakanlığı'na bağlı devlet hastahaneleri ve uzman hastahaneler aracılığıyla ikincil sağlık hizmetlerinin yanı sıra üçüncül sağlık hizmetlerinin bir kısmı sunulmaktadır. Türkiye'de üçüncül sağlık hizmetlerinin büyük bir kısmı üniversite hastahaneleri aracılığıyla sunulmaktadır. Ayrıca Türk Silahlı Kuvvetleri de kendi hastahaneleri aracılığıyla büyük oranda kendi personeline olmak üzere ikincil sağlık hizmetleri sunumunda rol oynamaktadır.

Her iki ülkede de en yüksek hizmet kapasitesine sahip sağlık kuruluşları büyük kentlerde bulunmaktadır.

Her iki ülkede sağlık hizmetlerine ayrılan kaynakların büyük bir kısmı birincil sağlık hizmetleri yerine, ikincil sağlık hizmetlerine harcanmakta, bu durum koruyucu temelli değil de tedavi temelli sağlık hizmetlerinin hizmet sunumunda ağırlıkta olduğunu göstermektedir. Venezüella'da yeni uygulanmakta olan sistem çerçevesinde birincil sağlık hizmetlerine daha fazla önem verilmeye başlanmış olup bu yönde yeni projeler hayata geçirilmiştir.

Türkiye'de olduğu gibi Venezüella'da da çevre sağlığı hizmetleri birçok kurum ve bakanlık tarafından verilmektedir. İki ülkede de sağlıktan sorumlu bakanlıklar, yerel yönetimler ve diğer bakanlıklar bu hizmetlerin sunumunda etkin rol oynamaktadırlar.

Venezüella'da doktorların yarısına yakını Sağlık Ve Sosyal Gelişim Bakanlığı ile Venezüella Sosyal Güvenlik Kurumu'nda yarı zamanlı veya tam zamanlı olarak çalışmaktadır. Doktorların diğer yarısı özel sektörde çalışmaktadır. Ülkedeki doktorların yarısı genel pratisyen, diğer yarısı ise uzman doktordur. Türkiye'de doktorların daha büyük bir kısmı kamu sağlık sektöründe çalışmakta ancak aynı zamanda özel teşebbüste de yarı zamanlı hizmet verebilmektedir. Yeni uygulanan politikalarla özel sektörün daha fazla gelişerek daha fazla doktor istihdam etmesini teşvik edecek uygulamalar yürütülmektedir.

Venezüella'da yürürlükte bulunan sağlık sistemi "Sosyal Sağlık Sigortası" yani Refah Yönelimli / Sigorta tipi olsa da, yeni gelişmelerle beraber ülkede "Sosyal Sağlık Güvenliği"ne yani Kapsayıcı / Bütüncül / Tekçil tipe geçiş dönemi yaşanmaktadır. Şu anki haliyle ülkede var olan sağlık sistemi Türkiye'deki gibi Refah Yönelimli / Sigorta tipi sağlık sistemidir.

KAYNAKLAR

1. Ana Yayıncılık (2005) AnaBritannica Genel Kültür Ansiklopedisi, Ana Yayıncılık, İstanbul, Cilt:21
2. PAHO (2004) Epidemiological Bulletin, Pan American Health Organization, Vol:25, No:3.
http://www.paho.org/english/dd/ais/EB_v25n3.pdf
3. PAHO (2002) Health in the Americas 2002 Edition, Pan American Health Organization, Volume II.
<http://docserver.ingentaconnect.com/deliver/connect/paho/9275115377/v1n2/s46.pdf?expires=1148352621&id=29387562&titleid=6379&accname=Mustafa+Sezdar+Sezer&checksum=0CF48CEA683C072D4EE9A88D00B9B316>
4. PAHO (2001) Profile of the Health Services System of the Bolivarian Republic of Venezuela, Pan Amerikan Health Organization.
<http://www.lachsr.org/documents/healthsystemprofileorvenezuela-EN.pdf>
5. WHO (2006) Venezuela PAHO / WHO Cooperation Strategy 2002-2006, World Health Organization.
http://www.who.int/countries/en/cooperation_strategy_ven_en.pdf
6. PAHO (2002) Basic Country Health Profiles for the Americas, Pan American Health Organization.
http://www.paho.org/English/DD/AIS/cp_862.htm
7. LAC (2005) Country Profile: Venezüella, Library of Congress.
<http://lcweb2.loc.gov/frd/cs/profiles/Venezuela.pdf>
8. Özkan, Ö. Çukür A. (2005) Bolivarıcı Venezüella Cumhuriyeti'nde Kamucu Sağlık Hizmetleri, İçinden: Toplum ve Hekim, Türk Tabipler Birliği Yayınları, Cilt:20, Sayı:3.
9. WHO (2001) Legal Status of Traditional Medicine and Complementary Alternative Medicine: A Worldwide Review, World Health Organization.
<http://www.infoc198.tempodomainname.com/medicinedocs/collect/edmweb/pdf/h2943e/h2943e.pdf>
10. U.S. Department of State (2006) Backround Note: Venezüella, United States of America Department of State.
<http://www.state.gov/r/pa/ei/bgn/35766.htm>
11. SSA (2006) Social Security Programs Through the World: The Americas, Social Security Administration.
<http://www.socialsecurity.gov/policy/docs/progdesc/ssptw/2004-2005/americas/venezuela.pdf>
12. WHO (2006) World Health Report 2006, World Health Organization.
http://www.who.int/whr/2006/whr06_en.pdf

- 13.WB (2006) Venezuela, The World Bank.
<http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/COUNTRIES/LACEXT/VENEZUELAEXTN/0,,menuPK:331773~pagePK:141159~piPK:141110~theSitePK:331767,00.html>
(sayfa numaraları araştırmacılarca verilmiştir)
- 14.WB (2006) Turkey, The World Bank
<http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/COUNTRIES/ECAEXT/TURKEYEXTN/0,,menuPK:361718~pagePK:141159~piPK:141110~theSitePK:361712,00.html> (sayfa numaraları araştırmacılarca verilmiştir)
- 15.Kürkçügil, M. (2005) Hugo Chavez ve Devrimde Devrim, Agora Kitaplığı, İstanbul.
- 16.Gieller, W. Keller S. (2004) Venezüella: ABD'nin Arka Bahçesinde İstenmeyen İktidar, İçinden: İnat, K. Duran, M. Ataman, M. (ed) (2004) Dünya Çatışma Bölgeleri, Nobel Yayınları, Ankara.

A. ERDAL

SARGUTAN

A. ERDAL SARGUTAN