

Sağlık sistemleri (3): Meksika

Dr. Ömer Ataç



İstanbul Atatürk Fen Lisesi ve Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesinden mezun oldu. Mecburi hizmetini İstanbul Halk Sağlığı Müdürlüğünde tamamladıktan sonra özel bir firmada tıbbi cihaz direktifi kapsamında denetim ve değerlendirme süreçlerinde klinik uzman olarak yer aldı. Halen İstanbul Medipol Üniversitesinde öğretim görevlisi olarak çalışan Ataç, halk sağlığı doktora eğitimini İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsünde sürdürmektedir.

Prof. Dr. Haydar Sur



1986'da İstanbul Tıp Fakültesinden mezun oldu. 1988'de Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Bulaşıcı Hastalıklar Dairesinde ve 1989-1996 yıllarında ise İstanbul Sağlık Müdürlüğünde Müdür Yardımcısı olarak görev yaptı. 1996'da İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsünden doktora derecesi aldı. 1998'de halk sağlığı doçenti, 2003 yılında sağlık yönetimi profesörü oldu. Dr. Sur, halen Üsküdar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanı olarak görev yapmaktadır.

Her ülke ekonomik, politik, kültürel ve tarihsel özelliklerinden etkilenecek şekilde gelişen, kendine özgü bir sağlık sistemine sahiptir. Her sistemin avantajları-dezavantajları, iyi ve zayıf yanları bulunmaktadır. Daha önceki yazılarımızda da ifade ettiğimiz gibi bir sağlık sisteminin mutlaka sahip olması gereken özellikler; etkililik, verimlilik ve hakkaniyet olarak ortaya konduğu halde, bunların uygulanmasına yönelik detayları içeren ve tüm sistemlere uygulanabilen kesin çözümler mevcut değildir. Bir toplumda iyi sonuç veren bir yaklaşım, başka bir toplumda tam tersi bir sonucu doğurabilir. Bu bağlamda, sağlık sistemlerini inceleyen yazılarımıza bu sayıda Meksika ile devam ediyoruz. Meksika-ABD de dahil olmak üzere- dünyada sağlık hizmetlerinin en fazla özelleştiği bir ülkedir. Tedavi edici sağlık hizmetlerinin ön planda olduğu ve büyük bir kısmının özel sektör tarafından sunulmasının yanında Meksika sağlık sistemini dikkat çekici kılan bir diğer husus, 2000'li yıllarda başlayan bir dizi reform çalışmasıdır. Bu reform sürecinde kapsayıcılığın artırılması temel hedef olmuş, ayrıca sağlık hizmetlerindeki yüksek maliyetlerin düşürülmesi, kalitenin artırılması ve hizmete erişimin yaygınlaştırılması hedeflenmiştir.

Genel Bilgiler ve Demografik Özellikler

Meksika 2016 yılı itibarıyla yaklaşık 127,5 milyon nüfusa sahip bir Kuzey Amerika ülkesidir. Nüfusun %7'si 65 yaşın üstündedir ve doğumda beklenen yaşam süresi 76,9 yıldır. Ülke 31 eyalet ve 1 federal bölgeden oluşan bir federal cumhuriyettir. Dünya Bankası verilerine göre kişi başı GSYİH 8,201 dolar olarak hesaplanmıştır fakat bazı eyaletlerde bu rakam 28 bin dolara kadar yükselmektedir. Dünya'nın 15. büyük ekonomisi olarak gösterilmektedir. 1994 yılında ABD ve Kanada ile imzalanan Kuzey Amerika Serbest Ticaret Antlaşması (NAFTA) sonrası ekonomik büyümenin ivmesi artmıştır. OECD üyeleri arasında ülke içi eşitsizliklerin en fazla olduğu ülkelerden biridir. Birçok gösterge açısından eyaletler arası eşitsizliklerin mevcut olduğunu söylemek mümkündür. Özellikle güneyde yer alan eyaletler ve kırsal bölgelerde yaşam koşullarının kuzeye göre daha zorlu olduğu görülmektedir. Kuzey'de refahın daha iyi olmasının temel nedenlerinden biri, NAFTA'nın imzalanması sonrası artan ticari faaliyetlerin, coğrafi konumundan dolayı kuzey eyaletlerini olumlu yönde daha çok etkilemesidir. Nüfusun yaklaşık %10'u açlık sınırının altında yaşamaktadır ve gelir dağılımındaki eşitsizlikler açısından OECD ülkeleri arasında sadece

Şili'den iyi durumdadır. Toplam yoksulluk oranı ise %20'dir. Yoksul eyaletlerde okur-yazarlık ve eğitim oranları da yüksek değildir. Örneğin, Guerrero, Chiapas ve Oaxaca eyaletlerinde 15 yaş nüfusun %15'i okur-yazar değildir ve ilkokulu bitirmeyenlerin oranı %30'dur. Aynı eyaletlerde şebeke suyunu erişemeyen nüfusun oranı %25, ülke genelinde ise %8,6'dır. Buna rağmen OECD yaşam memnuniyeti araştırmasında, 7,1/10 ile OECD ortalamasının (6,6/10) üstünde, 13. sırada yer almaktadır.

Girişte, ülkedeki eşitsizliklere vurgu yapılmasının nedeni, bu durumun her alanda olduğu gibi sağlık alanında da olumsuz sonuçları olmasıdır. Eyaletler arası eşitsizlikler sağlığa da yansımış durumdadır. Örneğin, anne ve bebek ölümleri eyaletler arasında büyük değişkenlik göstermektedir. 1 yaş altı bebek ölüm hızı ülke ortalaması 7/1.000 iken eyaletlere göre 5,1 ile 14,2 arasında değişmektedir. Benzer şekilde, anne ölüm oranı ülke ortalaması 38,2/100 bin iken, eyaletlere göre 19,8 ile 75,9 arasında değişmektedir.

Sağlık Sisteminin Genel Yapısı

Meksika sağlık sisteminin dünyanın dikkatini çekmesine neden olan süreç, Halk Sağlığı ve Sağlık Yönetimi alanında



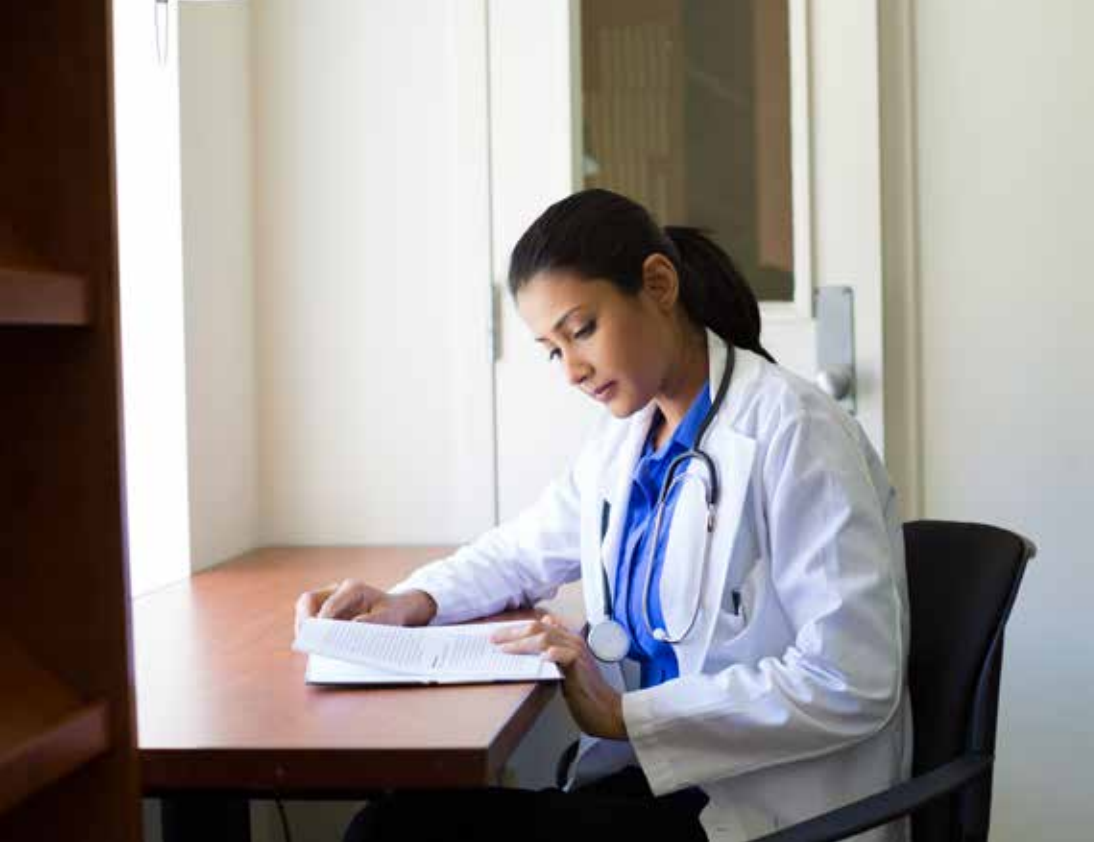
dünyada önemli isimlerden biri olan Julio Frenk'in 2000 yılında Sağlık Bakanı olması ile başlamıştır. 2006 yılına kadar bu görevi yürüten Frenk döneminde bir dizi reform hızlı bir şekilde uygulanmaya çalışılmıştır. Bunlardan en çarpıcı olanı ise Ocak 2004'te yürürlüğe giren Seguro Popular (SP) adlı Sosyal Güvenlik Reformu ile sağlık sisteminin kapsayıcılığının artırılmasıdır.

Reform dönemine değinmeden önce, 2000'li yıllara kadar olan sağlık sistemi yapısına göz atmakta fayda var. Meksika sağlık sisteminin en belirgin özelliği, çeşitli alt sistemlere bölünmüş olmasıdır. Tarihsel süreçte, stratejik bir planlamadan ziyade meslek gruplarının ihtiyaçlarına göre şekillenmiş ve birbiriyle doğrudan bağlantısı olmayan bir hizmet sunumu oluşmuştur. 1930'ların sonunda kamu görevlileri, askeri personel, petrol işçileri vb. farklı iş sektörleri, farklı ekonomik imkânlarla sahip gruplara yönelik çeşitli sosyal güvenlik kurumları kurulmuştur. Ana sosyal güvenlik kurumu olan IMSS'nin kaynağı, işverenlerin çalışanlar adına ödediği primlerden meydana gelmektedir. Kamu görevlileri için ISSSTE, petrol işçileri için PEMEX, deniz kuvvetleri personeli için SEMAR gibi farklı yapılar zamanla kurulmuştur. Her sosyal güvenlik yapısı kendi hizmet sunma kapasitesine sahiptir ve kapsa-

dıkları hizmet yelpazesi çok değişkenlik göstermektedir. Her birinin kendi klinik ve hastaneleri, anlaşmalı oldukları eczaneler bulunmaktadır. Bu açıdan, dikey bir yapıdan söz edebiliriz. Hizmet ağı, kapsam ve kalite açısından ciddi farklılıklar görülmektedir. Bu yaklaşım, hizmet sunumu kapasitesinin mesleki ihtiyaçlar ve ödeme gücüne göre şekillenip diğer ihtiyaçların geri planda kalmasına neden olmuştur. Kendi işinde çalışanlar, kayıt dışı işlerde çalışanlar ve kırsaldaki nüfus yıllarca kapsam dışı kalmış, bu grubun ihtiyaçları federal hükümet tarafından görülmeye çalışılmıştır. Kayıtlı ekonomi açısından güçlü bir yapıya sahip olmayan Meksika'da sağlık hizmetleri için kullanılan kaynaklarda sürekliliğin sağlanamaması hizmetlerin aksamasına ve hizmet kalitesinin düşük olmasına neden olmuştur. Çalışanların %60'ının kayıt dışı işlerde çalışması da hizmet almalarını zorlaştırmaktadır.

Parçalı yapının en büyük dezavantajı ise bireylerin dahil oldukları sosyal güvenlik sistemleri arasında geçişler söz konusu olduğunda hizmetlerin aksamasıdır. Örneğin petrol işçisi olarak çalışan biri, PEMEX'te kayıtlıyken görevinden ayrılıp başka bir sektörde işçi olarak çalışmaya başlarsa IMSS'ye dahil olması gerekmektedir. İki sosyal güvenlik sisteminin kapsadığı hizmetler arasında büyük

Meksika sağlık sisteminin dünyanın dikkatini çekmesine neden olan süreç, Halk Sağlığı ve Sağlık Yönetimi alanında dünyada önemli isimlerden biri olan Julio Frenk'in 2000 yılında Sağlık Bakanı olması ile başlamıştır. 2006 yılına kadar bu görevi yürüten Frenk döneminde bir dizi reform hızlı bir şekilde uygulanmaya çalışılmıştır. Bunlardan en çarpıcı olanı ise Ocak 2004'te yürürlüğe giren Seguro Popular (SP) adlı Sosyal Güvenlik Reformu ile sağlık sisteminin kapsayıcılığının artırılmasıdır.



Bu parçalı yapıda paydaşların iş birliği hayati önem taşımaktadır. SP'nin yürürlüğe girmesine paralel olarak farklı sistemler arası koordinasyonun artırılması için çalışmalar yürütülmektedir. Çünkü bu farklı yapılar objektif kriterlerle karşılaştırılamamakta, kalite göstergeleri ve sistem performans değerlendirmeleri yapılamamaktadır. Buna yönelik adımlar Sağlık Bakanlığının öncelikleri arasındadır. Fakat kurumların ellerindeki imkânları paylaşmama eğiliminde olmaları bu süreci zorlaştırmaktadır.

farklılıklar olduğu için PEMEX'te aldığı bazı hizmetleri IMMS'te alamaz hale gelmektedir. İşsiz kalanlar ise eskiden kapsam dışı iken 2004 yılından beri SP'ye dahil edilmektedirler. Acil durumlarda ise hastalar kendi kurumlarına bağlı bir kuruluşa sevk edilebilecek kadar stabil bir duruma gelene kadar diğer kurumların sağlık kuruluşlarından hizmet alabilmektedir.

90'lardan sonra çeşitli reform çalışmaları yapılmış fakat istenen sonuçlar elde edilememiştir. 2004 yılında ilan edilen SP ile kapsam dışı olan nüfusun sisteme dahil edilmesi hedeflenmiştir. SP, federal hükümet tarafından finanse edilmektedir. Hizmet sunumu eyaletlere kaynak aktarımı yoluyla sağlanmaktadır. Kişiler gelir seviyesine göre ücretsiz olarak veya gelirin %5'ini aşmayacak şekilde yıllık prim ödemesiyle sisteme dahil edilmektedirler. İlk yıl 5 milyon kişi, 10. yılın sonunda ise 50 milyon kişi SP'ye dahil olmuştur. Hastane merkezli bir sağlık hizmet sunumu anlayışı mevcut olduğu için gerek birinci basamak sağlık hizmetleri gerekse birincil ve ikincil korumaya yönelik hizmetler yıllarca geri planda kalmıştır. Birinci basamak örgütlenmesi çok zayıftır, aile hekimliği sistemi gibi bir yapı mevcut değildir. Son yıllarda aşı takvimindeki iyileştirmeler ve tarama programlarının genişletilmesiyle bazı konularda ilerlemeler sağlanmıştır fakat hala yeterli düzeyde değildir. Aşılama oranlarında Hep. B %82, DaBT %83 ve Kızamık %89'dur. Kadınlarda serviks ve meme kanseri

tarama oranları hedef nüfuslarda %25'in altındadır. Bunların beraber, servikal kanserden ölüm oranının 10,2/100 bin olduğunu ve Meksika'nın OECD birincisi olduğunu vurgulamak gerekir. Bakanlık bünyesinde 35 ulusal program yürütülmektedir ve eyaletler de kendilerine sağlık için tahsis edilen kaynağın en az %20'sini önleyici faaliyetlere ayırmak mecburiyetindedir.

Sağlık Finansmanı

Son 10 yılda bütçeden sağlığa ayrılan pay, kamu harcamalarındaki artışlar ve cepten yapılan harcamalardaki azalmalara rağmen sağlık finansmanı ile ilgili göstergelerin birçoğunda hala OECD ortalamasının altındadır. Kamu yatırımları on yılda GSYİH'nin %2,4'ünden %3,2'ye çıkmıştır. Fakat toplamda GSYİH'nin %6,2'si sağlığa harcadığı için kamu harcamaları hala yetersizdir. Üstelik bu %6,2'lik oran dahi OECD ortalaması olan %8,9'un altındadır. Hane halkı sağlık harcamalarının oranı %4,0'dır ve OECD'de en yüksek orana sahiptir. Sağlık harcamalarından dolayı fakirleşen nüfus %3,3'ten %0,8'e inmiştir fakat cepten harcama oranı hala %45 ile yüksek bir seviyededir ve bu kategoride de OECD'de birinci sıradadır. Sağlığa ayrılan bütçenin az olmasının, sağlık sistemini aşan bir konu olduğunu hatırlatmak gerekir. Ülkede kayıt dışı iş kolları oranı yüksek olduğu için vergi geliri de çalışan nüfusa göre düşük kalmaktadır. Vergi geliri düşük olunca devletin sağlığa ayırdığı kamu bütçesi de istenilen seviyede olmamaktadır. SP reformuna rağmen cepten harcamalarda kayda değer bir azalma görülemediği. Çünkü pahalı hizmetlerin bir kısmı hala SP kapsamında değildir ve bireyler bu hizmetleri alabilmek için cepten harcama yapmak mecburiyetindedirler. Geri ödeme sistemlerindeki problemlere bir örnek vermek gerekirse örneğin eğer iş kazası veya meslek hastalığı kaynaklı değilse protez ücreti SP tarafından karşılanmamaktadır. Ülkede az sayıda özel sağlık sigortası da mevcuttur. Nüfusun yalnız %7'si bir özel sağlık sigortasına sahiptir fakat çok sayıda özel sağlık kuruluşu bulunmaktadır.

SP'nin federal hükümet tarafından finanse edildiğini ifade etmiştik. Devletin bunun için 3 farklı gelir kaynağı bulunmaktadır; federal vergiler, eyalet vergileri ve kişilerin prim ödemeleri. Gelir düzeyi en düşük olan yaklaşık %20'lik bir nüfus prim ödemesinden muafır. Sistemdeki gelir ve kaynak dengesizliği bu noktada yaşanmaktadır. Fakir eyaletler en düşük vergi gelirine sahip bölgelerdir. Aynı zamanda nüfuslarının çoğu prim ödemesinden muaf olduğu için sağlık hizmetleri için tek kaynakları federal hükümetten aktarılan paydır. Bu aktarımda yaşanan

bir aksaklık hizmet sunumuna haliyle olumsuz olarak yansımaktadır.

Sağlık Hizmeti İş Gücü ve Kapasitesi

Ülkede 2013 yılı itibarıyla, 256.281 doktor (191.826 kamu, 64.455 özel) 310.441 hemşire (270.596 kamu, 39.845 özel) 4.424 hastane (1.335 kamu, 3.089 özel) bulunmaktadır. Kişi başı yıllık sağlık kuruluşuna başvuru sayısı 2,2'dir. Meksika, sağlık kuruluşlarının özel/kamu olması oranında OECD ülkeleri arasında birinci sıradadır. 1 milyon nüfusa, 11,4 kamu ve 28,6 özel sağlık kuruluşu düşmektedir. Özel hastane sayısı fazla olmasına rağmen yatak oranının düşük olmasının nedeni, yaklaşık 3 bin özel sağlık kuruluşundaki yatak sayısının 20'den az olmasıdır. Özel/kamu sağlık kuruluşu oranı 2,3'tür. OECD ülkeleri arasında bu oranın 1'in üzerinde olduğu ülkeler sırasıyla; Meksika, Almanya, Yunanistan ve İrlanda'dır. Bu noktada, özel sektörü tamamen kamulaştırmak mümkün olmadığına göre, bazı hizmetler çeşitli anlaşmalarla SP veya diğer sigortaların kapsamına dahil edilmektedir. Örneğin IMSS, hemodiyaliz için bazı özel kuruluşlarla anlaşmış durumdadır. Hizmet sunumundaki dağılım adaletsizliğine bir örnek olarak, uzman hekime muayene olma oranları SP'de 319/1.000, IMSS'te 338/1.000 ve ISSSTE'de 620/1.000'dir. SP mensuplarının %33'ü, IMSS'in ise %14'ü kendilerine reçete edilen ilaçları stok yetersizliğinden dolayı temin edememektedir. Hekim maaşları aylık ortalama 1.500 dolar civarındadır, özel sektörde ise 3.000 dolara kadar yükselmektedir. Sabit maaş ve hizmet başına ücret gibi farklı modellere göre ödemeler yapılmaktadır.

Sağlık Reformu Hakkındaki Tartışmalar

2006 yılında Lancet'in 368. sayısında Meksika'daki sağlık sistemine ve bilhassa SP'ye övgüler içeren ve yazarları arasında, Meksika Sağlık Bakanlığı yetkilileri ile Julio Frenk'in de bulunduğu bir dizi makale yayınlandı. Makalelerde SP sonrası, sistemdeki iyileşmelere ait birçok örnek sunulmaktadır. Fakat bu makalelere yönelik ciddi eleştiriler içeren yayınlar da söz konusudur. Çeşitli göstergelerdeki iyileşmelerin SP sayesinde mi gerçekleştiği yoksa zaten yıllardan beri görülen yavaş da olsa bir iyileşmenin devamı olup olmadığı tartışmaların merkezindedir. 2004 reformuyla sihirli bir dokunuş yapılmadığı, 90'larda başlayan reform çabalarının bir devamı olduğu eleştiriler arasındadır. Parçalı yapının SP sonrası dönemde de devam ettiği ve ülke içi eşitsizliklerdeki azalışın yeterli olmadığı itirazları da dile getirilmektedir. İlk yıllarda sisteme dahil olan nüfusun

fazla olmasının nedenleri arasında, ilk kaydolanların en yoksul %20'lik kesim olduğu ve sıradakilerin ise katkı ödemek mecburiyetinde oldukları için kaydolma hızının yavaşlayacağı da yer almıştır. 10 yılın sonunda ülkede, hala hiçbir sigorta sistemine dahil olmayan yaklaşık %20'lik bir kesim bulunmaktadır.

Sorunlar

- Ülkede doğumda beklenen yaşam süresi son 15 yılda 73,3'ten 76,9'a yükselmiştir fakat aynı dönemde OECD ortalaması ise 77,1'den 80,4'e yükselmiştir. Ülke nüfusu yaşlanmaktadır. 2015'te 7,5 milyon olan 65 yaş üstü nüfusun 2030'da 14,1 milyona ulaşması ve toplam nüfusun yaklaşık %10'u olması beklenmektedir. Sağlık hizmeti sunumundaki kalite düşüklüğü, yaşlı nüfusa dönük bakım hizmetlerinin yetersiz olması yakın gelecekte daha büyük bir problem haline gelecektir.
- Meksika hakkında ilginç bir bilgi de, toplam sağlık harcamalarının %8,6'sının idari giderlere ait olmasıdır ki bu alanda OECD içerisinde ilk sırada gelmektedir. Sağlığa ayrılan kaynağın OECD ortalamasına göre düşük olduğunu ifade etmiştik ayrıca bu kaynaklar yanlış yönetilmektedir.
- Ülkenin coğrafi yapısından dolayı yaklaşık %20'lik bir nüfus sağlık hizmetine rahatlıkla ulaşmamaktadır.
- Fazla kilolu ve obez insan sayısı hızla artmaktadır. Yetişkinlerin yaklaşık %70'i bu iki gruptan birinde yer almaktadır. Çocukların 3'te 1'i obezdir ve ABD'den sonra obezitenin en sık görüldüğü ülkedir. Yetişkinlerde diyabet sıklığı %15'tir ve bu oran OECD ortalamasının iki katıdır.
- Bakanlık yetkilileri tarafından yayınlanan bir raporda, sağlık sisteminin önündeki üç temel görev şöyle sıralanmıştır.
 - Toplumun tüm sağlık hizmeti ihtiyaçlarına cevap verilmesi
 - Kaynakların verimli kullanılması
 - Sağlık hizmetinin bütüncülüğünün ve sürekliliğinin sağlanması

Sonuç

Meksika'nın sağlıkta beklenen sıçramayı yapamadığını söyleyebiliriz. Hastaneçilik ve özel sektör merkezli bir yapıda, çok parçalı sosyal güvenlik kuruluşları aracılığıyla toplumun ihtiyaçlarından çok kurumların kabiliyetlerine göre hizmet sunulmaktadır. SP ile kapsayıcılık kesin olarak artmıştır fakat nitelik ve nicelik olarak atılması gereken çok sayıda adım mevcuttur. Koruyucu hizmetler, uzun süreli bakım gerektiren hizmetler, yaşlanan nüfusun, kronik hastalıklarla mücadele başlıklarında hızla ilerleme sağlanmalıdır. Sosyal güvenlik sistemleri arasındaki farklılıklar en aza indirilmeli,

kapsam içinde yer alan hizmetlerin asgari standartları olmalıdır.

Bu parçalı yapıda paydaşların iş birliği hayati önem taşımaktadır. SP'nin yürürlüğe girmesine paralel olarak farklı sistemler arası koordinasyonun artırılması için çalışmalar yürütülmektedir. Çünkü bu farklı yapılar objektif kriterlerle karşılaştırılmamakta, kalite göstergeleri ve sistem performans değerlendirmeleri yapılamamaktadır. Buna yönelik adımlar Sağlık Bakanlığının öncelikleri arasındadır. Fakat kurumların ellerindeki imkânları paylaşmama eğiliminde olmaları bu süreci zorlaştırmaktadır.

Kaynaklar

Frenk, J., Gonzalez-Pier ve ark., *Comprehensive Reform to Improve Health System Performance in Mexico*, *Lancet* 368: 1524-34; 2006

Gakidou, E. ve ark. *Assessing The Effect of The 2001-06 Mexican Health Reform: An Interim Report Card*, *Lancet* 368: 1920-35; 2006

Gonzalez-Pier, E. ve ark. *Priority Setting for Health Interventions in Mexico's System of Social Protection in Health*, *Lancet* 368: 1608-18; 2006

Gutierrez, J. P. ve ark. *Effective Access to Health Care in Mexico*, *BMC Health Services Research*, 14: 186-195, 2014

Healing Mexican Healthcare Stakeholder Collaboration is The Cure, *The Economist Intelligence Unit*, 2013

Homedes, N., Ugalde, A., *Twenty-Five Years of Convuluted Health Reforms in Mexico*, *Plos Medicine* 6: 1-8, 2009

Knaut, F. M., Gonzalez-Pier, E., Dantes, O., ve ark. *The Quest for Universal Health Coverage: Achieving Social Protection for all in Mexico*, *Lancet* 380: 1259-79; 2012

Laurell, A. C., *Health System Reform In Mexico: A Critical Review*, *International Journal of Health Services*, 37: 515-535, 2007

Llorens, M., Bertozzi, S., Gonzalez-Pier, E. ve ark. *Addressing Inequity In Health And Health Care In Mexico*, *Health Affairs*, 21: 47-56, 2002

Lopez, M., Valle, A., Aguilera, N., *Reforming the Mexican Health System to Achieve Effective Health Care Coverage*, *Health Systems & Reform*, 1:3, 181-188, 2015