

# ARJANTİN SAğLIK SİSTEMİ

ARAŞTIRMA YÖNETİCİSİ - EDİTÖR

Doç. Dr. A. Erdal SARGUTAN

ARAŞTIRMA GRUBU

Ümit ÇIRAKLI  
Bilal AKSÖZ  
Umut BEYLİK  
Erol GÜRAN  
Mesut NACAR

A. ERDAL SARGUTAN

**ARJANTİN SAĞLIK SİSTEMİ**

<b>ÖZET</b>	248
<b>I. ÜLKE TANITIMI</b>	249
I.1. Coğrafya	249
I.2. Tarihi	250
I.3. Nüfus Yapısı	251
I.4. Yönetim Yapısı	251
I.5. Ekonomik Durum	252
I.6. Eğitim	253
I.7. Kültürel Yaşam	254
<b>II. SAĞLIK SİSTEMİ</b>	255
II.1. Sağlık Sisteminin Tarihsel Gelişimi	255
II.2. Sağlık Yapısı	255
II.3. Sağlık Sisteminin Örgüt Yapısı	257
II.3.1. Merkezi Örgütlenme	257
II.3.1.1. Sağlık Bakanlığı	257
II.3.2. Yerel Örgütlenme	258
II.3.3. Sağlık Hizmetleri Düzenlemeleri	258
II.4. Sağlık Hizmetleri Sunumu	259
II.4.1. Koruyucu Ve Birincil Sağlık Hizmetleri Sunumu	259
II.4.1.1. Halk Sağlığı Hizmetleri	259
II.4.1.2. Anne Ve Çocuk Sağlığı Sigortası	260
II.4.2. İkincil Ve Üçüncül Sağlık Hizmetleri Sunumu	260
II.5. Sağlık İnsangücü	262
II.6. İlaç Sektörü	263
II.7. Sağlık Teknolojisi	264
II.8. Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Harcamaları	264
II.8.1. Sağlık Hizmetlerinde Arzın Finansmanı	265
II.8.2. Sağlık Hizmetlerinde Talebin Finansmanı	267
II.8.3. Dış Kaynaklar	267
II.8.4. Sağlık Harcamaları	268
II.9. Sağlık Reformları	269
II.10. Ekonomik Krizin Sağlık Sektörüne Etkisi	269
<b>III. ARJANTİN VE TÜRKİYE SAĞLIK SİSTEMLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI</b>	273
<b>KAYNAKLAR</b>	276

## ÖZET

Ülkede Özel Teşebbüs / Serbest Pazar tipindeki sağlık sisteminden Refah Yönelimli yapıya geçilmesini sağlayacak sağlık sigortaları yapılandırılmış olup, katılım ve kapsamının yaygınlaştırılmasına çalışılmaktadır.

Arjantin'de sağlık hizmetleri Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülmektedir. Bakanlığının esas görevleri sektörler arası görüşmeler, kamu sağlık politikalarının ve yasal çatısının belirlenmesi, takibi, bilginin yayılması ve merkezi yönetime bağlı olarak yürüttüğü diğer faaliyetlerdir. Sağlık kuruluşlarının denetimini de yapmaktadır.

Sağlık sisteminin kurumsal örgütlenmesinde kamu alt sektörü, sosyal güvence alt sektörü ve özel teşebbüs alt sektörü yer almaktadır.

Kamu sağlık kurumlarının yönetimi merkezi olarak değil, yerel yönetimler tarafından yapılmaktadır. İller, sağlık hizmetlerinin üretiminden ve toplumun korunmasından sorumlu teknik ve idari yönetim birimleridir. Sağlık hizmetleri sunumu yerel yönetimlere bağlı devlet hastahaneleri, sosyal güvence kurumu hastahaneleri ve özel hastahanelerde gerçekleşmektedir.

Sağlık hizmetleri arzında özel sağlık kuruluşları yaygındır ve önemli payı vardır. Fakir olan halka, devlet hastahanelerinde ücretsiz hizmet sunulmaktadır.

Sağlık hizmetleri halka tam anlamıyla sunulamamakta ve halk, sağlık eğitimi konusunda yönlendirilmemektedir. Fakir olan halka, devlet hastahanelerinde ücretsiz hizmet sunulmaktadır.

Sağlık harcamalarının GSMH'ye oranı %10 civarındadır. Sağlık harcamaları devletin yıllık bütçesi yanında, fertlerden alınan primler ve doğrudan kişisel harcamalarla sağlanmaktadır. Toplam sağlık harcamalarının %25 kadarı kamu, %35 kadarı sosyal güvenlik kuruluşları, %40 kadarı özel kişi ve kuruluşlarca yapılmaktadır. Sağlık hizmetleri arzının yaklaşık %56'sı devletin gelirlerinden ve sosyal sigorta primleriyle ve % 44'ü kişisel doğrudan ödemelerle finanse edilmektedir. Sağlık hizmetleri talebinin finansmanında %28 oranında kişisel doğrudan ödemelerle, geri kalanı ise çalışanlardan alınan primler, katılım payları ve devlet gelirleriyle kolaylı olarak karşılanmaktadır.

Arjantin hekim başına düşen nüfus oranının en düşük olduğu ülkelerden biridir. Tıp fakültelerine giriş serbest olduğu için ülkede ihtiyaçtan fazla hekim bulunmaktadır. Sağlık kurumlarının ve özellikle hekimler olmak üzere sağlık personelinin ülke genelinde dağılımı dengesizdir. Sağlık kurumları ve personeli genel olarak gelişmiş bölgelerde ve büyük şehirlerde yoğunlaşmıştır.

Arjantin'de dolaşım sistemi hastalıkları, tümör hastalıkları ve bulaşıcı hastalıklar başlıca ölüm nedenleridir. Kazalar da dışsal ölüm nedeni olarak önemli bir yer tutmaktadır.

## ARJANTİN SAĞLIK SİSTEMİ

### I. ÜLKE TANITIMI

YÜZÖLÇÜMÜ	: 2.780.092 km <sup>2</sup>
NÜFUSU	: 36.993.000
YÖNETİM BİÇİMİ	: Federal Cumhuriyet
YÖNETİM SİSTEMİ	: Parlamenter Demokrasi
BAŞKENTİ	: Buenos Aires (2.961.000)
ÖNEMLİ ŞEHİRLERİ	: Cordoba (1.179.000), Rosario (1.078.000), Mendoza (122.000), Mar del Plata (534.000), Tucuman (473.000), Santa Fe (442.000), Salta (374.000)
DİLİ	: İspanyolca
PARA BİRİMİ	: Peso
DİNİ	: Katolik %90, Protestan %2, Yahudi %2, Diğerleri %6 (14/341).

#### I.1. Coğrafya

Arjantin'in güneyinde ve batısında Şili, kuzeyinde Bolivya ve Paraguay, kuzeydoğusunda Brezilya ve Uruguay yer alır. Güneydoğuda Atlas Okyanusuna kıyısı 4.000 km'yi aşar. Batı ve güneybatısı And Dağları ile çevrilidir.

Arjantin'in yüzölçümünü 2.737.000 Km<sup>2</sup>'dir. Ülkenin kuzeyden güneye uzunluğu 3.800 km., doğudan batıya en geniş yeri 1.423 km'dir. Güneydoğudaki Atlas kıyı şeridi 4.725 km'yi bulur.

Değişken bir yüzey yapısı olan Arjantin, her biri kendi içinde de farklılıklar taşıyan dört ana bölgeye ayrılır: Kuzeydoğudaki astropik düzlükler, Pampa, Patagonya ve Andlar.

Parana Irmağı'nın ikiye ayırdığı astropik düzlüklerin doğuda kalan kesimi Mesopotamia olarak bilinir. Ülkenin kuzey doğusundaki astropik düzlükler oldukça sıcak bir iklime sahip olup bu bölgede pirinç, şeker kamışı, pamuk ve diğer tropik ürünler yetiştirilir.

Parana Irmağı'nın batı ve güneyinde kalan Pampa bölgesinde dünyanın en verimli tarım alanları, kumlu tepeler, verimli çayır alanları ve bataklık düzlükler vardır. Pampalar bölgesi serin, sulak ve ağaçsızdır.

Patagonya adı verilen ülkenin ve kıtanın en güneyinde yer alan bölge hem kurak hem de soğuk bir bölgedir. Colorado Irmağı'nın güneyindeki toprakların büyük bir bölümünü içine alan Patagonya bölgesinin çorak bozkırları büyük koyun sürüleri için geniş otlaklar sağlar.

Dünyanın en sarp yükseltilerinden bazıları, Arjantin'in bütün batı sınırını kaplayan Andlar bölgesinde yer alır. Andlar Bölgesi diğer bölgelere göre daha kuraktır. Fakat dağlardan gelen sulardan yararlanarak toprağın sulanması sonucu bu bölgede üzüm, şeftali gibi meyveler yetiştirilebilmektedir. Zengin mineral yataklarının bulunduğu bölgede "puna" olarak bilinen soğuk, kurak ve yüksek vadiler yer alır (14/341).

Arjantin hemen bütünüyle güney yarım kürenin ılıman iklim kuşağında yer alır. Ülkenin kuzeydoğusunda nemli ve astropik iklim egemendir. Pampalarda iklim, enlem derecesine göre değişiklik gösterir. Güney bölgesi genel olarak daha soğuktur. En çok yağış alan yöre, Uruguay ve Parana Irmakları arasındaki Mesopotamia'dır. Boines Aires eyaletinin yer aldığı nemli pampa bölgesinde yıllık yağış doğuda 990 mm'ye ulaşırken, And'lara yakın yörelerde 510 mm.ye kadar iner (14/343).

Ülkenin kuzeydoğu ucundaki astropik ormanlar, bambu ve palmye gibi büyük ağaçlar bakımından zengindir. İliman pampa yöresinde "monte" adıyla bilinen bodur ve odunsu bitkiler yetişir. Buralarda vaşak, puma, sansar, geyik, kartal, yaban domuzu ve devekuşu yaşar. Güneydoğudaki Patagonya düzlüklerinde "guanako" (lamaların atası sayılan deve benzeri bir hayvan) ve değişik kuş türleri görülür. Güney Andlar'da yaprak döken ağaçlardan oluşan ormanlar vardır. (14/343).

Arjantin, Meksika ve Venezüella ile birlikte Latin Amerika'nın en büyük petrol üreticilerinden biri olan Arjantin, petrol ve doğalgaz gereksinmesini hemen tümüyle kendi kaynaklarından karşılar. Petrol ve doğalgaz kaynakları kamu denetimindedir. Son yıllarda yabancı şirketlerin de petrol aramasına izin verilmektedir. Buna karşılık, varlığı belirlenmiş zengin kurşun, çinko, gümüş, altın, bakır, kalay, kobalt, bizmut, vanadyum, berilyum, tantal, manganez, tungsten ve uranyum yataklarından yararlanma düzeyi çok sınırlıdır. Sarayinin gereksinmelerini karşılamak için büyük miktarda demir ve kömür ithal eder (14/344).

## 1.2. Tarihi

1501ve 1502'de Amerigo Vespucci'nin Güney Amerika kıtasına düzenlediği yolculuklar, İspanyolların gemileri için güneyde bir geçiş imkanı aramasına ön ayak olmuştur. 1520'de Fernao de Magalhaes (Macellan) kendi adını taşıyacak bir boğaza ulaşmıştır. 1776'ya kadar Arjantin İspanya'ya bağlı kalmıştır. Arjantin topraklarında ilk bağımsızlık hareketleri 1808'de Napoleon'un İspanya'ya girmesiyle başlamıştır. San Miguel de Tucuman'da 9 Temmuz 1816'da toplanan ve ülkenin büyük çoğunluğunu temsil eden bir meclis, Rio de la Plata Birleşik Eyaletleri adıyla Arjantin bağımsızlığını ilan etti. Arjantin'de ulusal iktidarın kimin elinde olacağı uzun süre belirlenemedi. Yerlilere karşı 1879'da açılan savaşı kazanarak Pampaların Avrupalı göçmenlerin yerleşimine açılmasını sağlayan General Juso Argentino Roca'nın 1880'de başa geçmesiyle muhafazakar yönetim ülkenin başına geçmiştir. Fakat ekonomik bunalım sonucunda 1916'da radikal yönetim iktidara gelmiştir (14/346,347).

ABD'nin Arjantin'in ihrac ürünlerine sınırlama koyması nedeniyle, Arjantin İngiltere ile ekonomik ilişkilere girmeye yönelmiştir. İngiltere'nin ekonomik durumunun zayıflaması sonucunda 1930 yılında muhafazakarlar iktidarı tekrar ele geçirmiştir. Muhafazakar yönetim 1940-1943 yıllarında II. Dünya Savaşında Arjantin'in tarafsız kalacağını açıklamıştır. Bunun sonucunda muhafazakar lider Castillo subaylar tarafından başkanlıktan düşürülmüştür. Böylece 1943'de Peron Dönemi başlamıştır. Peron'un etkisiyle ülkede siyasal özgürlükler tanındı, üniversitelere özerklik verildi. Juan Peron'a kitle desteği sağlamada önemli rol oynayan karısı Eva Peron'un ölmesi ile birlikte rejimde yalpalanmalar başlamıştır ve 1955'te askeri bir darbe ile düşürülen Peron ülkeden uzaklaştırılmıştır. 1973 yılına kadar geçen süre geçiş dönemi ve askeri hükümetlerdir (14/347).

1973'te Peron yeniden başkanlık seçimleri kazanmıştır. Bu arada Arjantin Anti-Komünist İttifakı (AAA) adlı örgüt, ülkenin gergin günler geçirmesine neden olacaktır. 1974'te Peron'un ölmesiyle 1976'da ordu bir kez daha yönetime el koymuştur. 1981'de devletin başına geçen General Leopolda Galtieri 1982'de Arjantin'i Falkland Adaları yüzünden İngiltere ile savaşa sürüklemiştir. Arjantin'in bu adaları işgal etmesine rağmen İngiliz askeri birlikleri 2 ay sonra adaları ele geçirdiler. Bu mağlubiyetin ardından askeri rejime olan güven sarsılmıştır. 1983 yılında yapılan seçimlerinde Raul Alfonsin'in devlet başkanlığına seçilmesiyle birlikte Arjantin'de günümüze kadar uzanan sivil yönetim dönemi başlamış oldu (14/348).

### I.3. Nüfus

400 yılı aşkın süredir Avrupa'dan gelen göçmenler, Arjantin nüfusunun çoğunluğu olan Avrupa kökenlilerin oluşturmasına yol açmıştır. 1870'den sonra yoğunlaşan göçler kentleri tümüyle Avrupalıların yerleşme alanı haline getirmiş, 1857-1939 yılları arasında Arjantin'e 3.5 milyon Avrupalı yerleşmiştir. Ülke dışında doğanların toplam nüfus içindeki oranı 1994'lerde %30'a ulaşmıştır. Öte yandan 20 Yy. ortalarından başlayarak, kırsal alanlardan kentlere yönelen yeni bir göç dalgası ile Arjantin'e Şili, Polivya, Paraguay, Brezilya ve Uruguay'dan çok sayıda göçmen gelmiştir.

Arjantin halkının büyük çoğunluğu ülkenin resmi dini olan Katolikliğe bağlıdır. Protestanlar ve Rum Ortodoks Kilisesi'ne bağlı olanlar da vardır. Her mezhep kendi kiliselerini, mezarlıklarını, hastahanelerini ve sosyal merkezlerini kurmuştur.

Arjantin'in %86,3'ü kentlerde yaşar. Yıllık nüfus artış hızı (1995-2000) %1,2'dir. Nüfus yoğunluğu km<sup>2</sup>'de 13 kişi dolayındadır. Arjantin'de yaşayan yaklaşık 500.000 Yahudi kökenlinin 3/4'ü Buenos Aires'tedir. Alman kökenli nüfus ise 250.000 dolayındadır. Buenos Aires kentinin nüfusu büyük ölçüde İspanyol, Fransız, İngiliz, İtalyan ve Alman kökenlilerden oluşur (14/343).

### I.4. Yönetim Yapısı

Arjantin 23 eyalet ve federal başkentten oluşan federal bir cumhuriyettir. Uzun mücadeleler sonucunda ulaşılan federal yönetim biçiminin temelini oluşturan 1853 tarihli Anayasa, ABD Anayasası örnek alınarak hazırlanmıştır. 1853 Anayasası'nda en son 1994'te olmak üzere birçok değişiklik yapılmasına karşın, yönetim biçimi en azından kağıt üzerinde Cumhuriyetçi, temsili ve federal özelliklerini korumuştur.

Yürütme erkini Başkan ve yardımcısı kullanır. Silahlı Kuvvetlerin de komutanı olan Başkan, tüm mülki, askeri, adli görevlileri atama yetkisini elinde tutar. Başkan yardımcısı aynı zamanda Senato Başkanı'dır.

Yasama yetkisini kullanan Ulusal Kongre, her eyaletten ve başkentten gelen üçer temsilcinin oluşturduğu Senato ile, eyaletlerin nüfuslarına oranla temsil edildiği Millet Meclisinden oluşur. Her eyaletin, federal hükümet yapısını örnek alan bir hükümeti vardır. Başkent'in ve Tierradel Fuego topraklarının valileri Başkan tarafından atanır. Yargı sistemi federal mahkemeler ile eyalet mahkemelerinden oluşur. En üst federal yargı mercii, yaşam boyu görev yapmak üzere Senatörün onayıyla başkan tarafından atanmış üyelerden oluşan Yüksek Mahkemedir (14/345).

### I.5. Ekonomik Durum

Serbest pazar ekonomisinin yürürlükte olduğu Arjantin, Latin Amerika'nın en gelişmiş en varlıklı ülkelerinden biridir. Bunların birlikte siyasal istikrarsızlık ve hızlı enflasyon nedeniyle 1970'lerin başından bu yana ekonomide ciddi sıkıntılar yaşamaktadır. 2002 verilerine göre ülke Gayri Safi Milli Hasılatı (GSMH) 276,3 milyar ABD Doları, kişi başına Milli Gelir ise 7.460 ABD Doları düzeyindedir. Ekonominin başlıca sektörleri imalat sanayisi ve hizmetlerdir. İmalat sanayisinin Gayri Safi Yurt İçi Hasıladaki payı beşte bir, istihdama katkısı da altıda bir dolayındadır.

Arjantin'de tarım ürünlerinin ihracatta önemli bir ağırlığı vardır. Arjantin'in ihracat ürünleri, yün dışında, gelişmiş ülkelerin sanavilerine hammadde sağlamaya yönelik değildir. Arjantin dünyanın en büyük et, yün, şarap ve buğday üreticilerinden biridir. Ayrıca GSMH içinde dış ticaretin payı düşüktür.

II. Dünya Savaşı sonundan 1990'lara değin Arjantin ekonomisinin belirgin özelliği, büyüme ve durgunluk dönemlerinin kısa aralıklarla birbirini izlemesidir. Bu durum Arjantin ekonomisinin büyüme hızının genel olarak düşük kalmasına ve dünyadaki konumunun da grece bozulmasına yol açmıştır (14/343).

İhracata yönelik tarımın özellikle çiftçilik ve balıkçılığın gelişmiş olduğu Arjantin doğalgaz, petrol, maden ve metal açısından zengin bir doğal kaynak alt yapısına sahiptir. İnsan kaynakları açısından da yetişmiş insan gücüne sahip, okuma-yazma oranı yüksek bir ülkedir.

Özelleştirme kapsamında gerçekleştirdiği satışlarla devletin ekonomideki rolünü azaltan ve dışa açık bir ekonomiyi benimseyen Arjantin, Latin Amerika Entegrasyon Birliği, Güney Amerika Ortak Pazarı Üyesi olup, Dünya Ticaret Örgütü'nün kurucu üyelerindedir. Ayrıca Latin Amerika'daki birinci, dünyada sekizinci NATO müttefiki olan ülkedir. Bölge ülkelerinin 1990'lı yılların ilk sekiz yılında gerçekleştirdiği kesintisiz büyümeden payını alan Arjantin, komşusu olan Brezilya'da yaşanan devalüasyon sonrası ekonomik açıdan daha da olumsuz koşullarla karşı karşıya kalmıştır. Deflasyonist baskının yanı sıra rekor düzeyde işsizlik sorunu ortaya çıkmıştır. Bölgede yaşanan belirsizliklerin sona ermesi ve dış yatırımların artması ve yapısal reformların hayata geçirilmesi, dünya mal talebinin artması gibi olumlu gelişmelerin sonucunda ekonominin iyileşmesi beklenmektedir.



1983 yılından itibaren demokratik rejime geçiş yapan Arjantin, 1989'da yapılan seçimlerden sonra uygulamaya konulan ekonomik program çerçevesinde dengeli ve sürekli büyüme konusunda önemli gelişmeler olmuştur. 1991 yılında çıkarılan "konvertibilite" kanunu ile fiyatlara istikrar sağlamak ve sıkı para politikası uygulamak için bir Para Kurulu kurulmuştur. Hükümet, birçok devlet kurumunun özelleştirmiş, ekonomiyi dış ticaret ve yatırımlara açmış, vergi reformunu gerçekleştirmiş ve özel emeklilik ve işçi tazminatı sistemini uygulamaya koymuştur. 1991'den itibaren Arjantin para piri "Peso"nun değeri ABD Doları ile eşitlenmiş ve enflasyon ile mücadelede başarılı sonuçlar alınmıştır.

2000 yılının ilk çeyreğinde %0,9 büyüyen Arjantin bu büyümeyi artırmanın çabası içindedir. Ayrıca uygulanmaya koyulan gelir vergisi reformu ile bütçe açığı dengelenmiştir. 1999 yılında 7 milyar dolar olan açığın 2000 yılında 4.5 milyar dolara düşeceği tahmin edilmektedir. Dış borçlar ve istikrar paketinin uygulamada göstereceği kararlılık Arjantin'in geleceğini belirleyecektir. Uluslararası Para Fonu'nun desteğini sağlayabilmek için istikrar tedbirlerini uygulamada hükümet özel bir çaba harcamaktadır (14/343).

Arjantin'de sanayinin gelişmesinde ilk atılım, bir çok ürünün ithalinin daraldığı I. ve II. Dünya savaşları sırasında gerçekleşti. II. Dünya savaşının ertesindeki sanayileşme politikaları sonucu, dayanıklı tüketim mallarında olduğu kadar ara ve yatırım malları üretiminde de önemli gelişmeler sağlandı. İşlenmiş petrol ürünleri, demir, çelik, çimento, sanayi makineleri ve donanımı, otomotiv, elektrikli ev aletleri, vagon, gemi, ayrıca şarap, bira, sigara, şeker, işlenmiş deri, selüloz ve işlenmiş et ürünleri başlıca sanayi ürünleridir. 1960'lardan sonra Arjantin sanayi ürünleri ihracatı Latin Amerika çerçevesinde giderek önem kazanmıştır. Fakat geri teknoloji ile çalışan ve yüksek gümrük duvarları arkasında yaşayabilen küçük ölçekli kuruluşların yaygınlığı, sanayinin uluslararası rekabet gücünü düşürmektedir. Latin Amerika Entegrasyon Birliği'nin üyesi olan Arjantin sanayileşmeyi yeni teknolojilere dayalı biçimde sürdürülebilmek amacıyla, Brezilya ile işbirliğini geliştirmeye yönelik bir dizi anlaşmayı 1986'da imzalamıştır.

Sendikal mücadele geleneği güçlüdür. Çalışanların çok büyük bölümü sendika üyesidir. Sendikaların büyük çoğunluğu işçi hakları konusunda hükümetle doğrudan pazarlık yapabilmek için tek bir konfederasyona (Genel İş Konfederasyonu) bağlıdır. Sendikalarla işverenler arasındaki toplu sözleşme görüşmeleri, genel olarak, iş kolu düzeyinde temsil yetkisi olan sendikalar ve işveren örgütleri arasında yürütülür (14/344).

Juan Peron döneminde geliştirilen sosyal güvence sistemi, çalışanlara sağlık ve emeklilik yardımı, iş kazası tazminatı, emekli işçilere emekli aylığı, işlerini yitirenlere kıdem tazminatı, işsizlere aile yardımı, yaşlı ve yoksullara para yardımı getirmiştir. Halk sağlığının korunması amacıyla ulusal düzeyde olduğu kadar, eyaletlerin ve özel kuruluşların da önayak olduğu geniş bir hastahane ve klinik ağı kurulmuştur.

Arjantin'de ulaşım sistemi Buenos Aires'ten Pampalara uzanan demiryolu ağının kurulduğu 19. Yy. sonlarında gelişmeye başladı. Bu ağ iç bölgelerde elde edilen ürünlerin Atlas Okyanusu'na açılan liman kentlerine taşınması için kuruldu.

Arjantin'de 30.000 km. yi aşkın bir karayolu ağı vardır. Ulaşımında büyük ırmaklardan da yararlanır. Arjantin'in yedi büyük limanı vardır. 10 uluslararası havaalanı ile birlikte toplam 100 kadar havaalanı vardır. Bunların en önemlisi Buenos Aires yakınlarındaki Ezeiza'dadır. (14/345).

### **I.6. Eğitim**

Arjantin, okul sayısı ve sosyal hizmetler bakımından Latin Amerika ülkeleri arasında başta gelir. İlköğretim zorunlu ve parasızdır. Orta ve yüksek öğretim ücretsiz devlet okullarının yanı sıra devletin para yardımıyla bulunduğu özel okullarda da yürütülür. Ülkede okuma-yazma oranı %96,2'dir. 25 yaşın üzerinde örgün eğitim görmemiş nüfusun oranı yalnızca %5,7'dir. En eski üniversite, 1613'te kurulan Cordoba Üniversitesidir. Öteki önemli üniversiteleri Buenos Aires, La Plata, Santa Fe, Tucuman ve Cuyo'dadır (14/345).

### **I.7. Kültürel Yaşam**

Arjantin'de kültürel yaşam her zaman Avrupa'nın etkisi altında olmuştur. Çeşitli uluslar arası göçmenler İspanyol kültür mirasını benimserken, öteki Latin Amerika ülkelerinde olduğu gibi Arjantin'de de sanat ve kültür alanında Fransızların etkisi ağır basmıştır. Sayısız müze ve konser salonu ile 100'ü aşkın sanat galerisi olan Buenos Aires, ülkenin kültür yaşamının merkezidir. Buenos Aires'in "prtenos" denen sakinleri kendi kentlerinden çoğu kez Güney Amerika'nın Paris'i olarak söz ederler. Ülkedeki birçok büyük kentlerdeki kütüphaneleri, müzeleri, tiyatroları ve konser salonları ile bu zenginliği paylaşır. Kültür kurumları içinde en önemlisi, büyük ve güzel bir opera sarayı olan Buenos Aires'teki Teatro Colon'dur.

Latin Amerika ülkeleri arasında en gelişmiş ve en boyutlu basın yaşamı Arjantin'dedir. Ülkede toplam satış 2.485.000 olan 159 gazete yayımlanır. 1976 müdahalesinden sonra basın özgürlüğüne getirilen ciddi kısıtlamalar, 1983'te sivil yönetime geçildikten sonra kaldırılmıştır. Televizyon istasyonları özel kuruluşlarca işletilir (14/345).

## II. SAĞLIK SİSTEMİ

### II.1. Sağlık Sisteminin Tarihsel Gelişimi

Arjantin sağlık sisteminin tarihsel gelişimine bakıldığında ücretsiz sağlık hizmeti sunan kamu hastahaneleri ile varlıklı kişilere muayenehanelerde ve küçük hastahanelerde hizmet sunan, özel sağlık kuruluşları ve gönüllü kurumlara ait sağlık kuruluşlarının olduğu görülür. 1870-1930 yılları arasında hemen tümü Avrupalı 5 milyonun göçmeninin akını bu tür sağlık hizmeti kuruluşlarına bir yenisinin, toplum hastahanelerinin eklenmesine yol açtı. Giderek toplum hastahaneleri büyük, güçlü ve nitelikli hizmet sunan önemli kuruluşlar haline geldi.

1949'da Federal Sağlık Bakanlığı kurulduktan sonra kamu sağlık sektörü hızla gelişti ve 10 yıldan kısa bir sürede hasta yatak sayısı 60.000'den 120.000'e çıktı gibi çeşitli koruyucu hekimlik programları da ele alındı. Aynı yıllarda politik nedenlerle sosyal güvence birimleri örgütlendi. Çeşitli işçi kurumları ve kamu iktisadi kuruluşları, sendikalar ve meslek birlikleri tarafından yönetilen bu tür birimler kuruldu. sosyal güvence birimlerinin parasal kaynağı işverenler ve işçiler tarafından yapılan zorunlu ödentiler (ücretlerin belirli bir yüzdesi) şeklinde sağlandı. Dolayısıyla sosyal güvence sistemi diğer Latin Amerikan ülkelerinden farklı olarak merkezi olmayan bir örgütlenme modeli haline geldi. Halen sosyal güvence sektörü, kırsal kesim işçileri ile 65 yaşın üstündeki emekliler dahil toplumun %75'inin kapsamaktadır. Bu sektörün en belirgin ilkesi, düşük gelir grubundakilerin de varlıklarının yararlandığı düzeyde bir sağlık hizmetini gerçekleştirmektir. Bu amacı sağlamak için sektöre kamu tarafından parasal destek sağlanıyordu. Ne var ki bu destek çeşitli şekillerde yön değiştirerek sosyal güvence sektörü yerine özel sağlık sigortaları büyüdü. Hatta özel sektöre belirli koşullarda gümrüksüz olarak tıbbi alet ithali hakkı tanındı (6/6,7).

### II.2. Sağlık Yapısı

**Tablo 1. Temel Göstergeler**

Toplam Nüfus (2004)	38.372.000
Bebek Ölüm Oranı, 2004 ‰	16
5Yaş Altı Ölüm Oranı, 2004 ‰	18
Kaba Doğum Oranı, 2004 ‰	18
Doğuştan Beklenen Yaşam Süresi, 2004	75
Toplam Doğurganlık Oranı, 2004 ‰	2,3
Kaba Ölüm Oranı, ‰	8

**Kaynak:** (3). UNİCEF (2004) Health At a Glance, Argentina, s:1,8

Arjantin'de nüfusun genel olarak doğuştan beklenen yaşam süresi 1995-2000 yılları arasında ortalama 73,1'dir. Bu değerler erkekler için 69,7, bayanlar için 76,8'dir. 2000-2005 yılları arasında doğuştan beklenen yaşam süresinin bayanlar için 77,7 ve erkekler için 70,64 olduğu tahmin edilmektedir (4/2).

Son yıllarda bebek ölüm oranı istikrarlı bir düşüş eğilimindedir. 1986 yılında binde 26,9 olan bu oran, 1999 yılında 17,6'ya ve 2004 yılında binde 16'ya düşmüştür. 1990-1999 yılları arasında ortalama bebek ölüm oranı %31,3 oranında azalmıştır (4/4).

Tablo 2'de 1999-2000 yılları arasında en sık rastlanan rahatsızlıklar ve ölüm nedenleri ile toplam ölümlere oranları gösterilmektedir (4/3).

**Tablo 2. En Çok Rastlanan Ölüm Nedenleri Ve Ağırlı Hastalıklar 1999-2000**

Nedenler	1999		2000	
	Sayı	%	Sayı	%
Tüm Nedenler	289,543	100	277,148	100
Ağırlı Hastalılar	18,975	6,6	18,471	6,7
Kardiopulmoner	98,930	34,2	91,506	33,0
Malign Tümörler	55,254	19,0	55,492	20,0
Dışsal Nedenler	19,682	6,8	19,369	7,0
Bulaşıcı Hastalıklar	12,671	9,4	12,000	4,7
Diğer	84,031	29,0	79,301	28,6

**Kaynak:** (4). Pan American Health Organization (2002) Profile Of The Health Services System, Argentina, s:4

1999 yılında, toplam ölümlerin % 34,2'si dolaşım sistemi hastalıklarına bağlıdır, ikinci sırayı tümör hastalıkları almış olup, 100.000 kişilik nüfusta tümör görülme oranı 151,3'tür. Bu oran ülkenin güney kesimlerinde daha yüksektir. En çok görülen ölüm nedenlerinde üçüncü sırada bulaşıcı hastalıklar yer almaktadır ve 100.000 nüfusa oranı 67,2'dir. Bu oran toplam ölümlerin %9,4'ü ve toplam yaşam yılı kayıplarının %9,3'ünü oluşturmaktadır. 1999 yılında bulaşıcı hastalıklara bağlı 12.671 ölüm rapor edilmiş ve bunların çoğu AIDS ile bağlantılıdır. AIDS'e karşı savaş devam etmektedir. AIDS vakalarının rapor edilme oranı artmış ve halk AIDS'e karşı daha duyarlı hale gelmiştir. Ancak tedavi an açlı bazı özel ilaçların resmi yollardan temini konusunda gittikçe artan zorluklarla karşılaşmaktadır.

2000 yılında beklenen yaşam yılı kayıplarının en sık rastlanan nedeni şiddet ve kazalardır. Ailelerin hamileliği, bağımlılığı, kazalar ve şiddet olaylarının gençler arasındaki insidansı yüksektir. Bağımlılık oranı artmakta ve bağımlılık yaşı düşmektedir. Kayıtlı kokain ve eroin bağımlılarının sayısında artış vardır (4/4).

**Tablo 3. HIV/AIDS ve Beslenme Bozukluklarına Ait Göstergeler**

Düşük kilo ile doğan bebekler (2004)	% 8
5 yaş altı düşük kilolu çocuk (orta derece) (2004)	% 5
5 yaş altı düşük kilolu çocuk (ileri derece) (2004)	% 1
5 yaş altı gelişim bozukluğu gösteren çocuklar (2004)	% 12
HIV prevalansı: 15-49 yaş arası, 2003 tahmini (2004)	0,7
HIV prevalansı: 0-49 yaş arası HIV taşıyıcısı (2004)	130

**Kaynak:** (3). UNICEF (2004) Health At a Glance, Argentina, 2004, s:3-5

## II.3. Sağlık Sisteminin Örgütsel Yapısı

### II.3.1. Merkezi Örgütlenme

Federal Sağlık Konseyi sektör ve hukuksal yapı arasında kararların ve politikaların oluşturulması, hedeflerin belirlenmesi ve uzmanlaşmanın sağlanması amaçlarına yönelik olarak faaliyet gösteren bir kuruluştur. Merkezi yönetim illerdeki varlığını, yönetim gücünü Sağlık Bakanlığı'na, Sağlık Hizmetleri İdaresine, İş Kazaları İdaresine ve Emeklilik Fonu Kuruluşuna aktararak sürdürmektedir (4/5).

#### II.3.1.1. Sağlık Bakanlığı

Sağlık Bakanlığı'nın esas görevleri sektörler arası görüşmeler, kamu sağlık politikalarının ve yasal çatısının belirlenmesi, takibi, bilginin yayılması ve merkezi yönetime bağlı olarak yürüttüğü diğer faaliyetlerdir.

Sağlık Bakanlığı diğer sağlık yönetimleriyle birlikte çeşitli programlar yürütmektedir. Bu programlar sağlığın geliştirilmesi, sağlık politikalarının geliştirilmesi, çevre sağlığı hizmetleri ve hastalıkların önlenmesi, kontrolü başlıkları altında yer almaktadır. Bu faaliyetlerin desteklenmesi amacıyla, Sağlık Bakanlığı'nın Ulusal Epidemiolojik Survelans Sistemi, bulaşıcı hastalıklar hakkında aylık raporlardan elde ettiği bilgileri ilgili kuruluşlara iletmektedir. Ulusal Epidemiolojik Survelans Sisteminin temel bilgi kaynağı kamu sektörüdür ve elde edilen bilgiler arasında ayakta hasta bakımlarında morbidite oranı, sağlığın korunması ve hastahane hizmetleri bilgileri de bulunmaktadır. Bu bilgiler Ulusal Sağlık İstatistikleri Programı'ndan alınan vital istatistikler, kaynaklar ve hizmet üretimi bilgileri ile desteklenmektedir (4/11).

Sağlık Bakanlığı iki Müsteşarlık ve beş İdari Birim şeklinde örgütlenmiştir.

Sağlık Bakanlığı'na bağlı olan ve bakanlık yönetim yetkilerinin bir kısmı devredilmiş bulunan bazı kuruluşlar şunlardır: Ulusal İlaç, Gıda Ve Tıbbi Teknoloji İdaresi, Ablasyon Ve İmpiori Merkezi, Koordinasyon Kurumu, Ulusal Sosyal Eğitim Merkezi ve Ulusal Özürlü Destek Ve Rehabilitasyon Kurumu.

Çalışmalarını Sağlık Bakanlığı'na rapor eden ve 1996 yılında kurulan Sağlık Hizmetleri İdaresi kullanıcıların diledikleri sosyal güvence planını seçebilmesi için gerekli denetlemeleri yapmak, sorunlu sağlık paketinin denetlenmesi ve sigorta sisteminin ödemekle yükümlü olduğu miktarı desentralize olmuş hastahanelere ödenmesini sağlanmasından sorumludur (4/5).

Ulusal Gıda, İlaç Ve Teknoloji İdaresi desentralize edilmiş bir kuruluştur ve uzmanlaşmış insangücünün eğitiminde ulusal bir referans merkezidir. Aynı zamanda kalite kontrol faaliyetlerini de yürütür ve insan sağlığı ile ilgili tüm ürünlerin kalite ve güvenliğinin incelenmesi ve kontrolünden sorumlu en yüksek otoritedir (5/5).

Son olarak hastahane desentralizasyon politikasından sonra Sağlık Bakanlığı'na bağlı kalan şu kuruluşlar bulunmaktadır: Baldomero Sommer Devlet Hastahanesi, Profesör A Posados Devlet hastahanesi ve Dr. Manuel Montes de Oca Ulusal Kuruluşu. Ayrıca sosyal güvence sisteminin en büyük kuruluşu olan Emekliler

İçin Sosyal Güvence Kurumu Sağlık Bakanlığı'na bağlıdır ve bu kuruluşun bütçesi 2002 yılında yeniden Devlet Bütçesi'ne katılmıştır (4/5).

### II.3.2. Yerel Örgütlenme

İller sağlık hizmetlerinin üretiminden ve toplumun korunmasından sorumlu teknik ve idari yönetim birimleridir. Belediyeler, özellikle de ekonomik gücü yüksek, demografik göstergeleri iyi olanlar, genellikle kendi kaynaklarını kendileri yönetirler ve sağlıkla ilgili faaliyetleri bağımsız olarak yürütürler (4/5).

Arjantin'de sağlık sisteminin kurumsal örgütlenmesinde üç ana alt sektör yer almaktadır. Bunlar, kamu alt sektörü, sosyal güvence alt sektörü ve özel alt sektörüdür.

Sağlık sistemi alt sektörlerinde, ulusal, il ve belediye politikalarında birincil sağlık hizmetlerinin temel strateji olarak belirlenmesine ve yasal düzenlemelerin çoğunun bu stratejinin uygulanmasına yönelik olmasına rağmen, tedavi hizmetlerine doğru güçlü bir eğilim vardır ve hastahane hizmetlerine ağırlık verilmektedir.

Kamu alt sektörü sağlık hizmetlerini, kamu hizmet ağı ile sunmaktadır. Uzun bir hazırlık döneminden sonra, 1991 yılında hastahaneler yerinden yönetim (desentralizasyon) sistemine geçmiş ve yöneticilerine idari esneklik verilmiştir. 1996 yılında Sağlık Bakanlığı yeniden örgütlenmiş ve iki bölüme ayrılmıştır: Sağlık Politikası Ve Düzenlemeleri Müsteşarlığı ile Sağlık Programları Müsteşarlığı.

Sosyal güvence alt sektörü üyelerine sağlık hizmetleri yanında bazı sosyal imkanlar da sağlayan zorunlu bir sosyal sigorta sistemidir. Finansal kaynağını işçi ve işveren katkıları oluşturmaktadır. Hükümet sosyal güvence alt sektörü ile özel sektör (ön ödemeli) sağlık kuruluşları arasındaki rekabeti güçlendirmek amacıyla bazı düzenlemeler yapmaktadır. Ayrıca hükümet, kullanıcıları sosyal güvence planının seçiminde rol almaları için teşvik etmekte ve tüm sigorta planlarının, yasalarda belirtilen zorunlu sağlık paketindeki temel teşhis ve tedavi hizmetlerini kapsamına almasını sağlamaktadır.

Özel alt sektörde iki temel alt grup yer almaktadır. Bunlar, özel ya da ön ödemeli sigorta planlarının üyelerine bağımsız sağlık hizmetleri sunan uzmanlar ile, sosyal güvence sektörü ile anlaşma yapan sağlık kuruluşlarıdır (5/3,4).

### II.3.3. Sağlık Hizmetleri Düzenlemeleri

Günümüzde yürütülen çalışmalarla sağlık sektörünün örgütlenmesi, düzenlenmesi, denetimi ve kontrolü amacıyla yeni yasalar hazırlanmaktadır. Sağlık politikalarının belirlenmesi, Sağlık Bakanlığı'nın örgütsel yapısının değişimi, çeşitli alt sektör kuruluşlarının faaliyetlerinin denetimi ve yeni programların takibi için yeni kuruluşların oluşturulması, gıda ve ilaç düzenlemeleri ve çevre koruma faaliyetleri ile ilgili yeni yasalar, yönetmelikler ve kararlar oluşturulmaktadır. Ancak bazı durumlarda düzenlemeler yetersiz kalmakta, diğer kuruluşlarla yasal çatışmalar yaşanmaktadır.

Ulusal Sağlık Hizmetleri Kalite Güvence Programı sağlık sektöründe faaliyet gösteren uzmanların uygulamalarını takip etmekte, sağlık çalışanlarının genel

performansını değerlendirmekte ve uzmanlık, kayıt, sertifikasyon ve yeniden sertifikasyon işlemlerini yürütmektedir (5/5).

## II.4. Sağlık Hizmetleri Sunumu

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

1980-1995 yılları arasında ayakta bakım hizmeti kuruluşlarının sayısında %100'lük bir artış gerçekleşmiştir. Bu kuruluşların çoğunluğu özel sektöre aittir (6/11).

2003 yılında ülkede bulunan 13.000 ayakta bakım merkezinin %55'i özel sektöre aittir.

Sosyal güvence, sosyal hizmetler ve sağlık koruma amaçlı Emekliler Ve Yaşlılar İçin Sosyal Hizmet Ulusal Kurumu (Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados-INSSJP ya da Programa de Atención Medico Integral-PAMI) çok az kuruluşun doğrudan sahibidir. İl Kamu Sağlık Sigortası sağlık hizmetlerinin çoğunu özel sektörden satın almakta, nadiren kendi kamu kuruluşunda sunmaktadır.

Teşhis, destek ve laboratuvar hizmetleri nüfusu yoğun olduğu bölgelerde gereğinden fazla bulunurken, bir çok kırsal kesimde teşhis ve laboratuvar hizmetleri yetersiz durumdadır.

Kamu sağlık hizmetleri sunumu ilden ile büyük farklılıklar göstermektedir. Nüfusun yoğun olduğu kentsel bölgelerde sağlık hizmeti kuruluşları da yoğunlaşmış durumdadır. Kenar kentsel bölgelerde ve kırsal kesimlerde çok az sayıda sağlık hizmeti sunucusu bulunmaktadır. Bunun nedeni kamu sağlık hizmetleri ağının geleneksel olarak sağlığın desteklenmesi, korunması faaliyetleri ve birincil sağlık hizmetlerinden ziyade, hastahane hizmetlerine odaklanmış olmasıdır (7/22,23).

Sağlığın korunması ve desteklenmesi amacıyla yapılan reformlar kapsamında Ana Ve Çocuk Sağlığı Programı hazırlanmıştır.

Sağlık Bakanlığı sağlığın desteklenmesi ve korunması çalışmalarına toplumun bilinçlendirilmesine, sağlık eğitimine ve sigaranın bırakılmasına yönelik çalışmalar gerçekleştirerek katılmaktadır (5/5).

### II.4.1.1. Halk Sağlığı Hizmetleri

Sağlık Bakanlığı, iller ve bazı büyük belediyeler düzenledikleri programlarla şu alanlarda kamu sağlığı hizmeti sunmaktadırlar:

- Ana ve çocuk sağlığı,
- Kadın sağlığı,
- Sağlık eğitimi,
- Sağlık hizmeti ağındaki tıbbi uygulamaların yeniden uyumlaştırılması (reoryantasyon),
- İşçi sağlığı,
- Bulaşıcı hastalıklardan koruma ve kontrol (4/5).

1990'lı yıllar boyunca toplumun sağlık göstergelerinde önemli gelişmeler kaydedilmiştir. Ancak yaşanan ekonomik kriz ve iller arasındaki devamlı ve önemli orandaki eşitsizlikler sağlık sektörünün gelişim sürecinde, kamu sağlığına daha fazla öncelik tanınmasını gerekli kılmıştır.

Bazı kaynakların dağılımındaki federal yapı ve hantallık, halk sağlığı uygulamalarında ve planlamalarında karşılaşılan en önemli nedenlerdir. Birçok Latin Amerika ülkesinde olduğu gibi Arjantin'de de sağlık sektörü kaynaklarının, özellikle hastahanelerde sunulan yüksek teknoloji hizmetler olmak üzere, kişisel sağlık hizmetleri ağırlıklı olması, birincil sağlık hizmetleri ve kamu sağlığı hizmetlerinin gelişiminde büyük bir engel teşkil etmektedir.

Kamu sağlığı hizmetlerine yapılan sağlık harcamaları, belirlenen programlara ve kaynak tahsislerine göre yapılmaktadır.

2002-2003 yılları arasında, yaşanan ekonomik krize bağlı olarak hükümet kamu sağlığı programlarına daha fazla öncelik vermeye başlamıştır. Bu amaçla ana ve çocuk sağlığı, aşılama, bulaşıcı hastalıklardan korunma, HIV/AIDS, temel ilaçlara erişim ve son zamanlarda cinsel ve üreme sağlığı konularına daha çok önem verilmeye başlanmıştır (7/34).

#### II.4.1.2. Anne Ve Çocuk Sağlığı Sigortası

Bu sigorta annelerin ve çocukların sağlık durumlarının geliştirmeyi, anne ve çocuk sağlığı ile ilgili bölgesel eşitsizlikleri gidermeyi amaçlamaktadır. Hizmet paketi anne ve çocuk sağlığına dair hizmetleri içermektedir.

Hükümet bu sigortanın üyelerine, ulusal sağlık güvence örgütlerinin ve yerel sigorta kuruluşlarının hizmetlerine ulaşabilme garantisi vermektedir.

Bu sigortanın finansmanı farklı kaynaklardan elde edilmektedir. Sigortasız kişiler için, hazineden, Sağlık Bakanlığı'ndan ve ulusal programlardan finanse edilmektedir. Sosyal güvence kurumunun üyeleri için finansmanı tamamen kurumun kendisi karşılamaktadır (7/38).

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

Arjantin'de kamu sektörü sağlık hizmetleri hastahaneler ve destek birimler aracılığıyla sunulmaktadır. Hastahaneler oldukça düşük bütçelerle idare edilmektedir. Bazı hizmetlerin sunumunda uzun dönemli gecikmeler yaşanmakta ve sık sık yolsuzluk olaylarıyla karşılaşılmaktadır.

Ülkede hastahane hizmetleri, sahipliklerine göre şu tip hastahanelerde sunulmaktadır:

**Devlet Hastahaneleri:** Devlet hastahanelerinde kaynak sıkıntısı yaşanmaktadır ve hastahane hizmetleri sunumu bazı çalışanların ve sağlık hizmeti sunucularının özel çabalarına dayanmaktadır. Birçok hastahane verimsizlik ileri boyuttadır. Devlet hastahanelerinde ağırlıklı olarak akademik cerrahi ve eğitim programları yürütülmektedir (8/7).



Kamu sektörü tarafından devlet hastahanelerinde sunulan sağlık hizmetleri, teorik olarak, herkes için ücretsizdir ve temel olarak bölgesel vergiler ve merkezi yönetimden yapılan transferlerle finanse edilmekte olup, il idarelerinin sorumluluğundadır. Ülkede bulunan hastahanelerin %28'i ve hastahane yataklarının %41'i il idarelerine bağlı olarak kamu sektörünün sorumluluğundadır (7/22).

1999 yılında kamu sektörü tarafından 81.973.049 tıbbi konsültasyon ve 2.173.140 adet hastahane taburcu işlemi yapılmıştır. Aynı yıl ortalama hastahane gün sayısı 77.005'tir (4/15).

**Tablo 4. Hastahanelerin ve Hastahane Yataklarının Kamu Sektörü Ve Özel Sektör Arasındaki Dağılımı, 2000**

Yetki Alanı	Toplam Kuruluş	Toplam Yatak	Özel Sektör		Kamu Sektörü (il idaresi)	
			Kuruluş %	Yatak %	Kuruluş %	Yatak %
<b>Ülke Geneli</b>	<b>17.845</b>	<b>153.065</b>	<b>56</b>	<b>43</b>	<b>28</b>	<b>41</b>
Federal Capital	1.666	21.944	91	45	3	37
Buenos Aires	4.896	51.517	56	45	3	27
Catamarca	380	1.470	30	37	67	62
Cordoba	1.763	17.718	53	487	36	44
Corrientes	387	3.525	53	36	37	62
Chaco	579	3.537	62	56	38	44
Chubut	248	2.148	50	48	49	47
Entre Rios	604	6.751	40	31	47	65
Formosa	271	1.686	24	41	76	59
Jujuy	394	2.823	37	40	63	60
La Pampa	206	1.179	52	30	48	70
La Rioja	281	1.260	27	42	73	58
Mendoza	676	4.142	45	34	39	57
Misiones	677	3.125	51	51	47	49
Neuquen	248	1.160	41	30	58	65
Rio Negro	315	1.930	48	39	51	61
Salta	598	3.805	45	33	54	64
San Juan	301	1.742	40	17	58	71
San Luis	236	1.218	27	34	72	66
Santa Cruz	105	1.041	45	46	42	55
Santa Fe	1.869	11.011	72	48	11	22
Stgo. del Estero	526	3.033	35	30	62	70
Tucuma	702	4.520	60	41	35	59
Tierra del Fuego	37	256	54	17	27	74

**Kaynak:** (7) World Bank (2003) The Health Sector in Argentina, Argentina, s:23

**Sosyal Güvence Hastahaneleri:** Sosyal güvence hastahaneleri işverenlerden, işçilerden ve özel yasalarla kurulan fonlarla alınan katkılarla işleyen kapalı bir sistemdir. Bu hastahaneler, finansman sağlayanlarca (işçi ve işveren kuruluşları) yönetilmekte, bu nedenle politik kuruluşlar ve işçi birlikleri tarafından etkilenmektedirler (8/7).

**Özel Hastahaneler:** Özel hastahaneler yabancı veya dini kuruluşlara, hekim gruplarına veya tıbbi olmayan kuruluşlara aittir. Son yıllarda bazı özel hastahaneler ön ödemeli özel sigorta sistemleri tarafından satın alınmıştır. Özel fonlarla da finanse edilen özel hastahanelerin çoğu pahalı tıbbi alet ve cihazlara sahiptir (8/7).

Arjantin'de hastahanelerin %56'sı ve hastahane yataklarının %43'ü özel sektöre aittir (7/23).

Devlet hastahaneleri, sosyal güvence planları kapsamında bulunanlara (geri ödeme sistemine bağlı olarak) sağlık hizmeti sunmaktadır. Kamu alt sektörü acil hizmetler, psikiyatrik hizmetler ve kronik hastalıklara yönelik olarak sunulan sağlık hizmetlerinde ana hizmet sunucusu konumundadır.

Özel dal sağlık hizmetlerinin sunumunda, kamu alt sektörüne ait 40 akıl sağlığı kuruluşu bulunmaktadır. Bu kuruluşların 35'i kronik hastalara hizmet sunmakta olup, toplam 15.069 akıl sağlığı hastahane yatağının %98'ine sahiptir. Özel sektöre ait 187 özel dal hastahanesi olup, akut, kronik veya akut-kronik olarak sınıflandırılan ve devamlı bakım gerektiren vakalar için hizmet verenler de buna dahildir. Bu tür vakalara yönelik hizmet veren devamlı bakım kuruluşları, özel sektöre ait akıl sağlığı kuruluşlarında bulunan 9.047 hastahane yatağının %80'ine sahiptir. Bu verilere bakıldığında, kronik hastalıklara yönelik özel bakım hizmetlerinin kamu sektörü ağırlıklı sunulduğu söylenebilir.

Ülkede 953 yatakla toplam 24 sağlık kuruluşunda fiziksel rehabilitasyon hizmetleri sunulmaktadır. Bu kuruluşların 9'u (toplam 532 yatak) kamu sektörüne aittir (5/8).

## II.5. Sağlık İnsangücü

Devlete ait olan tıp fakültelerine giriş için herhangi bir kısıtlama yoktur. Tıp fakültelerine girişin serbest olmasına bağlı olarak, ülkede ihtiyaç duyulandan daha fazla hekim bulunmaktadır. Arjantin, hekim başına düşen nüfus oranının (1/220) en düşük olduğu ülkelerden biridir. Son zamanlarda bazı özel tıp fakülteleri de açılmıştır. Bunlardan bazıları oldukça iyi üniversitelerdir, ancak diğerleri standardın altındadır.

Cerrah olabilmek için tıbbi eğitimden sonra ilgili alanda ek bir eğitimin alınması gerekmektedir. Ancak mevcut yasalara göre, mezuniyet sonrası düzenlemelerdeki yetersizliklere bağlı olarak bir hekimin ek bir eğitim almadan ilgi duyduğu alanda uygulama yapmasına izin verilmektedir. Cerrahi eğitim konusunda eğitim veren programların (bunların %98'i devlet hastahanelerindedir) başvuran adayların yalnızca %22'sini kabul etmesine bağlı olarak güçlükler yaşanmaktadır. Ayrıca eğitim sırasında verilen maaşlar çok düşüktür ve adaylar çoğu kez ailelerinden yardım almak zorunda kalmaktadırlar (8/7).

Arjantin'de, 1980 yılından beri bu konuda geniş kapsamlı bir araştırma yapılmaması nedeniyle, ülkedeki sağlık işgücünün miktarı hakkında yeterli bilgi bulunmamaktadır. 1980 yılında sağlık sektöründe görevli yaklaşık 210.000 kişi görev yapmakta olup, bu sayı ulusal işgücünün %2,9'udur. Hemşirelik hizmetlerinde tahmini 85.000 personel bulunmakta olup, bunu 1000'i uzman hemşire (%1,2), 25.000'i üçüncül sağlık hizmetleri hemşiresi (%29,4), 49.000'i hemşire yardımcısı (%57,6) ve 10.000'i dini amaçlı hemşirelik hizmeti sunan kişilerdir (%11,7). Dini amaçlı örgütlerde hemşirelik hizmeti sunanların bir çoğu hemşire yardımcılığı eğitimi almıştır.

1992 yılında, ortalama 367 kişilik nüfusa 1 hekim düşmekte olup, bu oran bölgeden bölgeye değişiklikler göstermektedir. Örneğin, Buenos Aires'te 113 kişiye 1 hekim düşerken, Formosa'da 911 kişiye 1 hekim düşmektedir. Ayrıca 4 hekime 1 hemşire ve 10.000 nüfusa 1 hemşire düşmektedir (5/8,9).

1992 ve 1998 yılları arasında yıllık tıp mezunu sayısında %12,2'lik bir azalma olmuş, yıllık mezun sayısı 4000'in biraz üzerindeyken 3800'ün altına düşmüştür. Aynı dönemde yıllık diş hekimi sayısında da hafif bir azalma gerçekleşirken, psikoloji mezunu sayısında bir artış görülmüştür. 1989 yılına kadar yılda 500 hemşire mezun olurken, bu yıldan sonra yavaş yavaş 1000'e yükselmiştir (4/7)

## II.6. İlaç Sektörü

İlaç fiyatları 1991 yılından beri sürekli olarak bir artış göstermekteydi. 1992 yılında 482 milyon ünite ilaç 2.575 milyar ABD Doları'na satılırken, 1996 yılında yalnızca 406 milyon ünite ilaç 3.644 milyar ABD Doları'na satılmıştır. Bu bilgilere göre ilaç fiyatlarındaki artış %41,51 olurken, satılan ünite sayısında %18,72'lik bir düşüş gerçekleşmiştir. Bu durum, ortalama ilaç ünite fiyatının 1992-1996 yılları arasında 5,34 ABD Doları'ndan 5,998 ABD Doları'na yükseldiği, yani %68,16 oranında arttığı anlamına gelmektedir.

Yakın gelecekte, ülke parasının değer kaybetmesine bağlı olarak ilaç fiyatlarının yükselmeye devam edeceği tahmin edilmektedir. Genel olarak yüksek ilaç fiyatları, ilaçlara erişimde büyük bir engel teşkil etmektedir. Son dönemlerde yapılan bir araştırmaya göre, ilaç erişiminin önünde, sağlık hizmetlerine erişimin önünde olduğundan daha fazla engel bulunmaktadır. Yoksulluk sınırının altında bulunan nüfusun %34'ünün yalnızca kamu tarafından sunulan sağlık hizmetlerine erişimi mümkündür. Ancak bu kişilerin ilaç satın alması gerektiğinde %45'i kendi gelirleriyle ilaç alabilmektedir. Bu gerçek, son yıllarda etkili ilaç kontrolü ve yeni ilaçların dahil edilmesinde ilgili bir ilaç politikasının yapılmaması ile yakından ilgilidir. Bu durum Sağlık Bakanlığı'nın 2002 yılında aktif bir ilaç politikası geliştirmeyi gündemine almasıyla yavaş yavaş değişmeye başlamıştır. Yapılan devalüasyon sonucunda ilaç laboratuvarları fiyatlarını yükseltmiştir. Acil sağlık planı kapsamında hükümet, ilaç endüstrisinin ilgili kuruluşları ile 250 ilacın Aralık 2001 fiyatları düzeyinde kalması konusunda bir anlaşma yapmıştır. Hükümet ve özel kuruluşlar, insülin gibi kritik önem taşıyan bazı ilaçları bağışlar yolu ile temin etmiştir. Sosyal güvence kapsamında olmaya kişilere, ihtiyaçları halinde gerekli ilaçları ücretsiz olarak temin eden Antineoplastik İlaç Bankası kurulmuştur.

Örneğin, AIDS ilaçları bu kurum tarafından sağlanmıştır. Ancak kronik hastalılar için, bu tür ilaçlar geçici olarak temin edilemediğinde sorunlar yaşanmıştır.

Jenerik ilaçlarla ilgili politikalarda önemli değişiklikler yapılmıştır. Tarihi eğilim, markalı ilaçların kullanılması ve bunların arasında kısıtlı fiyat rekabeti yapılması yönündedir. Acil Sağlık Kanunu ile jenerik ilaçların reçete edildiklerinde kullanım zorunlu kılınmış ve eczacıların marka ilaçların yerine jeneriklerinin verebilmelerine izin verilmiştir. Ayrıca Zorunlu Tıbbi Plan'da yaklaşık 200 temel ilaç jenerik isimleriyle yer almaktadır ve her biri için referans bir fiyat belirlenmiştir. Bu girişimlerle ilaç sektöründe fiyat rekabetinin artırılması ve jenerik sektörünün genişletilmesi hedeflenmektedir.

Sosyal güvence, ayakta tedavilerde ilaç fiyatlarının bir kısmını, yatarak tedavilerde ve prevalansı düşük olan hastalıkların tedavisinde kullanılan ilaç fiyatlarının tamamını finanse etmektedir. Özel sigortalarda kapsamı yapılan anlaşma planına bağlıdır. Genel olarak, bazı istisnalar dışında, ayakta tedavilerde kullanılan ilaçların %80'ini ödemekte, yatarak tedavilerde tamamını ödemektedir. Zorunlu Tıbbi Planı'nın bir parçası olan Ana Ve Çocuk Sağlığı Programı dahilinde anne ve çocukları için, hamilelik ve yaşamın ilk yılı boyunca kullanılan ilaçların tamamı ödenmektedir. Tüm kamu, özel ve sosyal güvence eczahanelerinde uzman bir eczacının görev yapması zorunludur (4/7,8).

## II.7. Sağlık Teknolojisi

Arjantin'de bilim ve teknoloji sektörü, Bilim Ve Teknoloji Müsteşarlığı'nın Eğitim Ve Kültür Bakanlığı'na devredilmesiyle yeniden örgütlenmeye başlamıştır. Bilim Ve Teknoloji Müsteşarlığı'nın görevleri şunlardır:

- Teknoloji sektörünün politikalarını belirlemek,
- Bilim ve teknoloji ile ilgili ulusal uzun dönemli planları hazırlamak,
- Teknoloji sektörünün ulusal yıllık bütçesini hazırlamak,
- Teknoloji sektörünün önceliklerini belirlemektir.

1996 yılında, Ulusal Sağlık Bilimleri Bilgi Ağı ile ilgili olarak yapılan bir araştırmaya göre ülkede 250 adet sağlık bilimleri kütüphanesi bulunmaktadır. Bunların çoğunca alt yapı, uzman personel ve bilginin dağıtılabilmesi için gerekli kaynaklardaki yetersizlik bulunmaktadır (5/9).

Özellikle özel sektörde yeni teşhis ve tedavi kullanılmaya başlanmıştır. Kamu sektörü edirimleri, uluslararası kredilerle yeni sağlık kuruluşlarının yapılmasına ve Sağlık Hizmetleri Sisteminin Dönüşümü Programı v.b. gibi, Dünya Bankası tarafından finanse edilen programlarla sağlık kuruluşlarının rehabilitasyonu ve yeniden düzenlenmesi yönündedir (4/9).

## II.8. Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı Ve Harcamaları

Arjantin'de 1989 yılında yaşanan ekonomik kriz, 1991 yılında ekonomik dönüşüm sürecinin başlaması ve 1990'lı yıllar boyunca işsizliğin artması sağlık hizmetleri finansman sistemi üzerinde olumsuz etkiler yaratmıştır. Aynı zamanda 1990'lı yıllar boyunca Arjantin de birçok orta gelirli ülkede olduğu gibi sağlık reformu sürecine girmiştir.

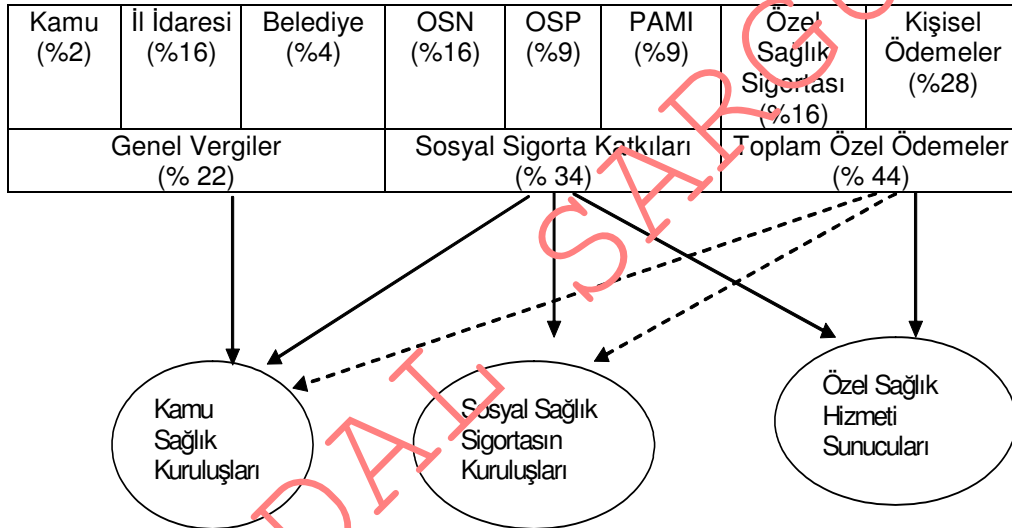
Bu reform, ağırlıklı olarak vergilerle finanse edilen sağlık sektörünün yerinden yönetimi (desentralizasyon) ve sosyal sigorta sisteminin yeniden yapılandırılması konularına özel bir önem vermiştir (9/4).

### II.8.1. Sağlık Hizmetlerinde Arzın Finansmanı

Kamu sağlık sektörünün federal düzeden il veya yerel yönetim düzeyine doğru desentralizasyonunun sonucunda, kamu sektörünün sağlık hizmeti arzının finansmanındaki rolü en az düzeye inmiştir. Kamunun, sağlık hizmetleri arzının finansmanındaki payı toplam sağlık harcamalarının %2'si oranındadır.

Şekil 1'de sağlık hizmetleri arzının finansman kaynakları gösterilmektedir (9/7).

#### Şekil 1. Sağlık Hizmetleri Arzının Finansman Yapısı



\* OSN: Obras Sociales Nacionales-Ulusal Sosyal Sigorta; OSP: Obras Sociales Provinciales - İl Kamu Sosyal Sigortası; PAMI: Programa de Atención Medica Integral-Sağlık Koruma Programı

**Kaynak:** (9). WHO (2006) Health Financing in Argentina, Geneva, 2006, s:8

Sağlık hizmetlerinin sunumunda, kamu sektörü tarafından sunulan sağlık hizmetleri için 2001 yılında il idareleri tarafından 3.900 milyon Peso kaynak ayrılmıştır. Bu kaynağın %86'sı kamu sağlık hizmetlerinin sunumuna, çalışanların maaş / ücret ödemelerine, malzemelere, alt yapı ve ekipman alımına, %10'u politika, koordinasyon ve düzenleme çalışmalarına ve %4'ü halk sağlığı programlarına tahsis edilmiştir.

Tablo 5'de, kamu sektöründe çeşitli sağlık hizmetlerinin arzında kullanılan finansman tutarları ve finansman kaynakları dağılımı gösterilmektedir (7/59).

**Tablo 5. Kamu Sağlık Hizmetleri Arzının Finansmanı Ve Kaynaklar Arasında Dağılımı (2001) (milyon Peso)**

	Merkezi İdare	Bütçe Trasferleri	İl İdareleri	Toplam	Toplam %
<b>Sağlık Hizmetleri</b>	<b>304.49</b>	45.13	3,453.76	3,803.37	86
Hastahaneler ve sağlık merkezleri	254.75	45.04	-	3,687.50	89
Ücretler, malzemeler, bakım-onarım	198.24	-	3,387.70	3,540.90	80
Federal Sağlık Programı üyelerine destek	56.51	45.04	3,342.66	146.60	3
Merkezi yönetimin desteklediği malzemler ve diğer ihtiyaçlar	49.74	0.08	45.04	49.91	1
AIDS ve bulaşıcı hast. Savaş	49.74	0.08	0.09	49.91	1
alt yapı ve donanım	-	-	0.09	65.97	1
<b>Politika, koordinasyon ve düzenleme faaliyetleri</b>	<b>91.1</b>	<b>1.31</b>	<b>65.97</b>	<b>456.93</b>	<b>10</b>
Merkezi idare (özellikle maaşlar)	50.7	1.31	364.52	357.94	8
İdari ve diğer sağlık personeli eğitimi	20.6	-	305.94	66.72	2
Sağlık politikaları finansmanı, planlaması ve düzenlemeleri	6.43	-	46.12	11.23	0
Kamu sağlığı araştırmaları	5.29	-	4.80	5.29	0
Sağlık sektörü reformu	8.07	-	ü	15.74	0
<b>Kamu sağlığı programları</b>	<b>66.47</b>	<b>22.73</b>	1.66	180.37	<b>4</b>
AIDS ile savaş	3.41	-	91.17	4.16	0
Risk faktörlerine ve hastalılara karşı koruma	38.81	3.65	0.76	55.58	1
Ana ve çocuk sağlığı	10.46	19	13.12	53.08	1
Acı sağlık bakımı	1.26	ü	23.62	14.06	0
Diğer programlar	12.54	0.08	12.80	53.49	1
<b>Toplam</b>	<b>462.05</b>	<b>69.17</b>	<b>40.87</b>	<b>4,440.66</b>	<b>100</b>

Kaynak: (7). World Bank (2003) The Health Sector in Argentina, Argentina, s:60

### II.8.2. Sağlık Hizmetlerinde Talebin Finansmanı

Sağlık harcamalarının yaklaşık %25'i ilaç harcamalarına yapılmaktadır. İlaçlara yapılan toplam harcamaların yaklaşık %73'ü doğrudan yapılan kişisel ödemelerle finanse edilmektedir. Geriye kalan yaklaşık %23'lük kısmı özel ve sosyal güvence kuruluşlarınca finanse edilmektedir (4/7).

Sosyal sağlık sigortalarının finansmanı işçilerden alınan ücretlerinin %3'ü oranında ve işverenlerden işçi ücretlerinin %5'i oranında alınan katkı payları ile karşılanmaktadır.

Özel sağlık sigortaları, sigortalılar tarafından doğrudan ve gönüllü ön-ödemeler ile finanse edilmektedir. Ülkede nüfusun yaklaşık %10'u (4 milyon kişi) özel sağlık sigortası kapsamındadır (7/59).

Sağlık hizmeti kullanımında doğrudan yapılan kişisel ödemelerin oranı yaklaşık %28'dir. Doğrudan yapılan kişisel ödemelerin %68'i ilaçlar, %4'ü yataklı tedavi hizmetleri, %17'si ayakta tedavi hizmetleri, %7'si teşhis amaçlı donanımların kullanımı ve %4'ü diğer sağlık hizmetleri kullanımı için yapılmaktadır (9/14).

Ana ve çocuk sağlığı hizmetlerinin kullanımında sigorta kapsamındaki nüfusun sağlık hizmeti giderleri, bağlı buldukları sigorta kuruluşu tarafından, sigorta kapsamında olmayan nüfusun giderleri Sağlık Bakanlığı'nca devlet hazinesinden, ulusal programlardan ve il idareleri tarafından yapılan desteklerden finanse edilmektedir (7/68).

### II.8.3. Dış Kaynaklar

Arjantin'de dış kaynaklardan alınan yardım ve kredilerle finanse edilen projeler vardır. Bunların başlıcaları şunlardır.

**Ana-Çocuk Sağlığı Ve Beslenme Programı:** Bu program nüfusun yoksul kesimine sağlık hizmeti sunmasını amaçlamaktadır. Program kapsamında öncelikle birincil sağlık hizmetleri, çocuk gelişimi merkezleri, gıda temini ve sağlık sektörü kuruluşlarının geliştirilmesi stratejilerine ağırlık verilmektedir. Program için tahsis edilen 160 milyon ABD Doları olan bütçenin 100 milyon ABD Doları Uluslararası İmar Ve Kalkınma Bankası (Dünya Bankası) tarafından karşılıklı olarak sağlanmakta, geri kalan kısmının 40 milyon ABD Doları Federal Hükümet ve 20 milyon ABD Doları il ve belediye yönetimlerince finanse edilmektedir (5/10).

**Sağlık Sektörü Reform Projesi:** Üç alt sektör (kamu, özel ve sosyal güvence) kapsamına alan bu projenin üç temel ayağı vardır: Ülke çapında araştırmalar yürütmek, yerinden yönetim için pilot hastahanelerde denemeler yapmak ve reformun ülke çapında uygulaması. Bu program bütçesi 144,65 milyon ABD Doları'dır ve kısmi olarak Uluslararası İmar Ve Kalkınma Bankası tarafından finanse edilmektedir (5/10).

**Sosyal Güvence Reform Programı:** Sosyal güvence kuruluşlarının finansal durumlarının düzeltilmesi, kuruluşların güçlendirilmesi, yeniden yapılandırılması ve hedeflere ulaşılması için yeteri kadar personelle çalışılması amacıyla yürütülmektedir. (5/10).

**Sağlık Sistemi Alt Yapısının Rehabilitasyon Programı:** Inter-Amerikan Kalkınma Bankası tarafından finanse edilmektedir. Program kapsamında yüksek teknoloji bölge hastahanelerinin kurulması amaçlanmaktadır (5/10).

#### II.8.4. Sağlık Harcamaları

Arjantin'de sağlık harcamaları 1995 ve 1999 yılları arasında %7,5 oranında artış göstermiştir. Bu dönemde sağlık harcamalarının yıllık artış oranı ortalama %2,15'tir. 1995 yılından beri GSMH'den (Gayri Safi Milli Hasıla) sağlık harcamalarına ayrılan pay yıldan yıla azalmıştır. 1995 yılında GSMH'den sağlık harcamalarına ayrılan oran %9,13 iken, 1999 yılında %8,45'e düşmüştür. Tablo 6'da 1995-2001 yılları arasında yapılan sağlık harcamalarının çeşitli kaynaklara dağılımı gösterilmektedir (4/12).

Kamu sektörü tarafında yapılan sağlık harcamalarının büyük bölümü hastahane hizmetlerinin sunumunda kullanılmıştır. Son yıllarda yaşanan ekonomik ve sosyal krize bağlı olarak toplam sağlık harcamalarında bir düşüş gerçekleşmiştir. Ancak hükümet öncelikli sağlık programlarına yaptığı harcamaların miktarını korumuştur. Halk sağlığı programlarına yapılan kamu harcamaları 2001 yılında 90 milyon Peso iken, 2002 yılında %70 oranında artırılarak 150 milyon Peso'ya çıkarılmıştır (7/59,60).

Arjantin'de GSMH'den sağlık harcamalarına ayrılan oran %10 civarındadır ve diğer Latin Amerika ülkelerinden yüksektir. Toplam sağlık harcamalarının %8'i birincil sağlık hizmetlerine yapılmıştır (10/15).

**Tablo 6: Toplam Sağlık Harcamaları Ve Çeşitli Kaynaklara Dağılımı 1995-2001) (milyon Peso)**

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
<b>Devlet Bütçesi</b>	582	613	720	823	875	805	755
Sosyal Güvence Kurumu	3.497	3.464	3.700	3.836	3.893	3.861	3.282
Emekliler İçin Sosyal G. Enst.	2.689	2.455	2.167	2.364	2.498	2.270	2.110
İl İdareleri	3.499	3.508	3.686	3.807	4.116	3.913	3.589
İl Kamu Sağlık Sigortası	1.756	1.780	1.912	1.951	2.072	2.112	2.007
Belediyeler	769	687	743	848	853	842	758
Ozel	9.313	9.698	10.500	10.843	10.533	10.390	9.559
<b>Toplam</b>	<b>22.105</b>	<b>22.205</b>	<b>23.428</b>	<b>24.472</b>	<b>24.840</b>	<b>24.193</b>	<b>22.060</b>

**Kaynak:** (4). Pan American Health Organisation (2002) Profile Of The Health Services System, Argentina, s:12



## II.9. Sağlık Reformları

1990'larda Arjantin'de, daha geniş bir ekonomik ve sosyal yapılanma projesinin bir parçası olan sağlık reformu süreci başlamıştır. Bu reform özellikle sağlık sisteminin yerinden yönetimi ve sağlık sigortası sisteminin yeniden yapılandırılması konularına ağırlık vermiştir. Sağlık reformu ile özellikle hedeflenen konular şu başlıklar altında toplanabilir:

- Federal sosyal güvence sistemleri arasında rekabetin oluşturulması amacıyla sosyal sağlık sigortası sisteminin yenilenmesi,
- "Kendi kendini yönetim" in teşvik edilmesiyle yoluyla halk sağlığı hizmetlerinin artırılması amacıyla yönelik olarak hastahane yönetimlerinin desentralize edilmesi. Bu yolla, hastahanelerin sunduğu sağlık hizmetlerinin kalitesinin ve miktarının artırılabilmesi için daha fazla gelir elde etmeleri,
- Emeklilerin Sağlık Fonu (INSSJP) ile ilgili temel sorunları çözmek (9/5).

Sağlık reformları, hizmet üretiminde maliyetlerin azaltılması gibi makroekonomik amaçların yanında, sağlık sektörüne yeni kuruluşların (örneğin yeni sigorta kuruluşları) katılması ve özel sektöre yapılan anlaşmaların yeniden şekillendirilmesi gibi mikro ekonomik amaçları da kapsamaktadır. Sağlık sistemi hizmet başına ödeme sisteminden kapasite temelli sisteme yönelmiş ve risk sağlık hizmeti sunucularında yoğunlaşmıştır. Özel sektör sağlık hizmetlerinin sunumunda daha büyük rol almaya başlamıştır.

Sosyal güvence kuruluşlarının reformu çerçevesinde Zorunlu Sağlık Planı hazırlanmıştır. Sosyal sağlık sigortaları Zorunlu Sağlık Planı'nda belirtilen sağlık hizmetlerini zorunlu olarak kapsam zorundadır. 1997 yılında çıkarılan bir yasa ile Zorunlu Sağlık Planı hizmet kapsamı, özel sigortalar için de zorunlu hale getirilmiştir (5/3).

## II.10. Ekonomik Krizin Sağlık Sektörüne Etkisi

Ekonomik krizin sağlık sektörüne ani etkisi dört ana faktör ile açıklanabilir:

- Çeşitli alt sistemlerin finansal yapısının önemli ölçüde bozulması (2002 yılının ilk 8 ayında alt sektörlerin gelirleri %15,5 oranında düşmüştür),
- Devalüasyona bağlı olarak ithal edilen tıbbi malzeme, ilaç ve biomedikal girdilerin fiyatlarının yükselmesi,
- Kamu tarafından sunulan hastahane hizmetlerine olan talebin artması,
- Epidemiolojik risk oranının yükselmesi.

Bu faktörlerden ilk ikisi sağlık hizmetlerinin sunumunu ve etkililiğini azaltırken, son ikisi sağlık hizmetlerine olan talebin artmasına neden olmuştur (1/37).

**Ekonomik Krizin Sağlık Sigortasına Etkisi:** Yaşanan ekonomik kriz, Arjantin'de resmi sağlık sigortası hizmeti sunan temel alt sektörlerin finansal durumuna ve sağlık hizmeti üretim kapasitesine zarar vermiştir. Bu temel alt sektörlerin başında Ulusal Sosyal Sigorta sistemi (Obras Sociales Nacionales-OSN), Sağlık Koruma Programı (Programa de Atención Médico Integral-PAMI), İl Kamu Sosyal Sigortaları (Obras Sociales Provinciales-OSP) ve özel sektördür (1/37).

2001 yılının ilk yarısı ve 2002 yılının ilk yarısı arasında Ulusal Sağlık Sigortası Sistemi (Sistema Nacional de Seguro de Salud - SNSS)'nin toplam gelirlerinde %12'lik bir azalma gerçekleşmiştir. Ocak 2002 tarihinde Buenos Aires'teki OSN'nin %62'si zorunlu sağlık paketinde yer alan sağlık hizmetlerinin %80'ini sunamamaktadır. Sigorta fonlarına günümüzdeki düzenlemeler (hizmet sunumu, finansal, ekonomik ve idari gerekler) uygulanmış olsaydı, OSN'nin 280 üyesinin önemli bir bölümünün tamamen yeniden yapılandırılması ve sistemden çıkarılması (iflası) gerekirdi. Günümüzde 38 OSN üyesinin (sigortalı nüfusun %10'unu kapsamaktadır) yasal olarak iflasını açıklamıştır (1/37).

Emekliler Ve Yaşlılar İçin Sosyal Hizmet Ulusal Enstitü (Insituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados-INSSJP) programı emeklilere sağlık hizmeti sağlamaktadır ve 3,2 milyon insana hizmet etmektedir. Gelirleri 2001'in son aylarında ve 2002'nin başlarında %40 oranında azalmıştır. INSSJP'nin kullanıcılarına sunduğu tıbbi destek ve ilaç hizmetleri yavaş yavaş kesilmiştir. Temel hizmetlerin askıya alınması ve kamu hastahanelerine sevk edilen hasta sayısının artması kalitenin bozulmakta olduğunu işaretleri olmuştur (1/38).

İl sağlık fonlarının çoğunun durumunun INSSJP ve OSN'lere benzediği tahmin edilmektedir. Ancak özerk olan 24 İl Kamu Sağlık Sigortası'nın durumu hakkında yeterli bilgiye ulaşılamamaktadır (1/38).

Kriz sonucunda özel sağlık sigortası alt sektörü de olumsuz yönde etkilenmiştir. Ekim 2001 ve Haziran 2002 tarihleri arasında özel sağlık sigortası kapsamındaki nüfus %8 oranında azalarak 3 milyonun altına inmiştir. Aynı şekilde çift taraflı sigorta sahibi kişilerin sayısında da bir azalma olmuştur. Hükümet zorunlu işveren katkılarını artırarak, ulusal sigorta gelirlerini yükseltmek suretiyle sağlık sigortası krizinin önüne geçmeye çalışmıştır. Yeni yasal düzenlemelerle OSN ve PAMI'lerde işveren katkıları artırılmıştır. Bu uygulamayla sağlık sigortası net gelirlerinde 2001 yılından sonra nispeten bir artış gerçekleşmiş ancak uygulamanın orta ve uzun dönem etkileri tartışmalıdır. Aynı zamanda Yeniden Dağıtım Dayanışma Fonu'nun yeniden dağıtım kapasitesinin güçlendirilmesi yönünde bir girişim yapılmıştır. Bu fon özellikle Ulusal Sağlık Sigorta sistemi (Sistema Nacional de Seguro de Salud - SNSS) kapsamındaki yüksek gelirli işçilerden düşük gelirli işçilere fon aktarımının sağlanmasından sorumludur.

Bu tür çabalar, alt sektörlerdeki kronik verimsizliğin önüne geçememiştir. Yapısal reformlar askıdadır. Kriz öncesinde PAMI, OSN ve bazı OSP'lerde maliyetlerin azaltılması ve hizmet üretiminin geliştirilmesine yönelik olarak yapılan reform girişimleri başarısız olmuştur. OSP'lerin dış kaynaklara olan borcu 2002 yılı Ağustos ayında yaklaşık 1.867 milyon Peso'dur. PAMI'lerin 2001 yılı sonundaki borcu 1.867 milyon Peso'dur (toplam yıllık bütçesinden %75 daha fazla). Bu borçlar 1995-2001 yılları arasında devlet hazinesinde yaklaşık 1.700 milyon Peso "ek" kaynak ayrılmış olmasına rağmen oluşmuş borçlardır (1/38).

**Ekonomik Krizin Kamu Sağlık Sektörüne Etkisi:** Çoğunluğu illerde ve bir kısmı belediyelerde bulunan kamu hastahaneleri bir sağlık sigortası kapsamında olmayan 15 milyon Arjantin vatandaşına (nüfusun %40'ı) hizmet sunmaktadır.

Yaşanan ekonomik krize bağlı olarak kamu hastahaneleri şu sorunlarla yüz yüze gelmiştir:

- Fon akımında gecikmeler,
- Sağlık hizmeti talebinde artış.

Sosyal güvence sisteminde olduğu gibi, kamu hastahanelerinde de krizin etkileri görülmüş ve uzun dönemli faaliyet güçlükleri yaşanmıştır. Son dönemlerde kamu hastahanelerinin kaynaklarının azalması, sağlık hizmetlerine olan talebin artmasıyla birlikte temel sağlık malzemelerinin temininde zorluklarla karşılaşılmasına neden olmuştur. Bir çok hastahane tıbbi ilaç ve malzemelerin yetersiz olması, planlanan cerrahi girişimlerin iptal edilmesine ve hizmet kalitesinin düşmesine yol açmıştır. Ancak hastahanelerin finansmanı, sağlık hizmeti üretimi ve hizmet maliyetleri ile ilgili verilere ulaşılamaması, bu durumun açıkça ortaya konmasını güçleştirmektedir. Diğer yandan, bazı önemli hastahanelerde planlanmış vakaların ertelenerek acil cerrahi vakalara öncelik tanındığı, bazı hastahanelerde sağlık çalışanlarının ödemelerinin geciktiği ve hastaların hizmet alabilmek için gerekli tıbbi malzeme ve ilaçları kendilerinin almak ve getirmek zorunda kaldığı yönünde bilgiler bulunmaktadır. Bununla birlikte, tıbbi girdi kıtlığı yaşanmadığını ve "normal" çalışma koşullarının değişmediğini belirten hastahaneler de bulunmaktadır. Bu nedenle kesin yorumlar yapılabilmesi için Arjantin sağlık sektöründe hastahaneler ile uygulamaların daha yakından takip edilmesi gerekmektedir. (2/10-12).

**Ekonomik Krizin Özel Sağlık Sektörüne Etkisi:** Özel sağlık sektörü, ekonomik kriz sonucunda küçülmüştür. Arjantin'de kriz öncesinde özel sağlık harcamaları (kişisel ödemeler de dahil), toplam sağlık harcamalarının %40'ından fazlasını oluşturmaktaydı. Ekonomik krizin yaşanmasıyla özel sağlık sektörü şu sebeplere bağlı olarak zarar görmüştür.

- Özel sağlık sigortalarını finansal dengesinin bozulması,
- Sağlık hizmeti sunucularına hizmet ödemelerinin yapılmasında gecikmeler (önceleri 45 günden daha az bir sürede yapılan ödemeler, 180 günü geçmeye başlamıştır),
- Sigorta üyelerinin sigorta yaptırmaktan vazgeçmesi veya daha ucuz sigorta planlarına geçmeleri sonucunda üye sayısında azalma.

Dünya Bankası tarafından yapılan kriz araştırmasına göre Ekim 2001 - Haziran 2002 tarihleri arasında bir birleşik fon, ön ödemeli sağlık planı ve diğer özel sağlık sigortaları kapsamına giren nüfus %8 oranında azalmıştır (2/12,13).

**Tedbirler:** Arjantin hükümeti, 2001 ekonomik krizinin sağlık sektörüne etkilerin karşı bazı tedbirler aldı.

Arjantin hükümeti Sağlık Bakanlığı temel ilaçlara ulaşım garantisi verdi. 2002 Eylül'de Promocion de la Utilizacion de Medicamentos su Nombre Genérico(Jenerik ilaçlardan Faydalanma Projesi – PUMNQ) isimli, tüm reçetelere marka isimlerin yerine jenerik isimlerinin yazılması yönünde bir kampanya başlattı. Ayrıca eğer marka isim belirtilmişse bile hastanın istemesi durumunda, eczacının daha ucuz eşdeğer bir ilacı vermesi zorunlu kılındı (11/49).

**Acil Sosyal Program:** Programın öncelikli kamu sağlığı göstergelerinin korunması, temel ilaçların sağlanması ve kamu hastahane ağının işler durumda olması için destek sağlayarak temel kamu sağlığı programlarının sürdürülmesini amaçlamaktadır (1/31).

**REMEDIAR:** Yeni bir acil sağlık programı olan REMEDIAR ile fakir insanlara ücretsiz temel ilaçları sağlamak hedeflenmiştir. Bu program birincil sağlık hizmetleri merkezlerine 7,3 milyon Peso mali kaynak sağlamıştır. Program seks yolu ile bulaşan hastalıklar ve AIDS için de ilaç sağlanmasını kapsar. Programın 2003'te 157,8 milyon Peso değerinde ilaç desteği sağlaması beklenmekteydi (1/32).

**PROMİN:** Anne ve çocuk sağlığının korunması ve beslenme konularında tedbirler geliştirmek üzere geliştirilen bir programdır.

Ayrıca sosyal güvence kapsamında, işsizliğin getireceği zararlara karşı tedbir olarak 2001'de 287 milyon Peso olan işsizlik sigortası bütçesi, 2002'de 472 milyon Peso'ya çıkarılmıştır (1/32).

**FOPAR (Fondo Participatiuo de Inversion Social) ve PEA (Programa de Emergencia Alimentaria):** Sosyal yardım amaçlı olarak yiyecek ve para yardımı şeklinde yardımlarda önemli bir artış olmuştur. Yiyecek yardımlarının büyük çoğunluğu FOPAR ve PEA programları aracılığıyla yapılmaktadır. PEA ile 2002'de 272 milyon Peso değerinde yiyecek yardım yapılmıştır (1/29).

**IDH (Ingreso para Del Desarrollo Humano):** En önemli parasal yardım programıdır. 2002 yılının ikinci yarısında uygulamaya konulmuştur. Fakir ailelere para yardımı yaparak onların sağlık durumlarını korumayı, geliştirmeyi ve çocukların eğitimine katkıda bulunmayı amaçlamaktadır (1/29).

### III. ARJANTİN Ve TÜRKİYE SAĞLIK SİSTEMLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

**Tablo 7: Arjantin ve Türkiye'nin Bazı Göstergeleri**

Göstergeler	Birim	Yıl	Lüksemburg	Kaynak	Türkiye	Kaynak
Nüfus	Kişi	2004	36.993.000	3	72.220.000	12
Kaba Doğum Oranı	%0	2004	18/1000	3	21/1000	12
Kaba Ölüm Oranı	%0	2004	8/1000	3	7/1000	12
Yeni Doğan Ölüm Oranı	%0	2004	16/1000	3	28/1000	12
Toplam doğurganlık oranı	(%)	2004	2,3	3	2,4	12
Ortalama Yaşam Süresi	Yıl	2004	75	3	69	12
Difteri-Boğmaca-Tetanoza karşı Başıvıklama Oranı	%	2004	95	3	86	12
Kızamığa karşı Başıvıklama Oranı	%	2004	95	3	81	12
Hepatit B'ye karşı Başıvıklama Oranı	%	2004	88	3	77	12
Çocuk Felcine karşı Başıvıklama Oranı	%	2004	95	3	85	12
Hekim Sayısı	Kişi	2002	163.150	4	99304	13
Hemşire Sayısı	Kişi	2002	42.036	4	27512	13
Hekim Başına Düşen kişi sayısı	Kişi	2002	220	4	703	13
Kamu sektörü sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamalarına oranı	(%)	2002	56,7	4	62,9	13
Özel sektör sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamalarına oranı	(%)	2002	43,3	4	37,1	13

**Kaynak :** (3)- UNICEF (2004) Health at a Glance, Argentina, s:1-3-5

(4)- PAHO (2002) Profile Of The Health Services System, Argentina, s:12

(12)- UNICEF (2004) Health At a Glance, Turkey, s:8-10,13,14

(13)- Sağlık Bakanlığı (2004) Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı, Sağlık Bakanlığı Yataklı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara.

Arjantin'de sağlık hizmetlerin yürütülmesinde en üst otorite Federal Sağlık Konseyi'dir. Arjantin'de Sağlık Bakanlığı, merkezi yönetimin unsuru olarak, genellikle politika belirleyici, yasal düzenlemeleri hazırlayıcı ve sağlık hizmeti sunucularını denetleyici görevlerini resmi olarak üstlenmiştir. Türkiye'de Sağlık Bakanlığı aynı görevleri üstlenmiş olmakla birlikte, sağlık hizmetlerinin yürütülmesinde en üst otorite durumundadır.

Arjantin sağlık sisteminin karakteristik özelliği desentralize olmasıdır. Arjantin'de kamu sağlık kurumları yönetimi merkezi olarak değil, yerel yönetimler tarafından yapılmaktadır. Belediyeler, özellikle de ekonomik gücü yüksek ve demografik göstergeleri iyi olanlar, genellikle kendi kaynaklarını kendileri yönetirler ve sağlıkla ilgili faaliyetleri bağımsız olarak yürütürler. Türkiye'de sağlık hizmetlerinin sunumu ve yönetimi, ağırlıklı olarak merkezi nitelikte yürütülür. Çok az sağlık ve sosyal hizmet belediyelerce sağlanır.

Arjantin'de ikincil ve üçüncül sağlık hizmetleri sunumu il idarelerine bağlı devlet hastahanelerinde, çok az sayıdaki sosyal güvence hastahanelerinde ve özel hastahanelerde gerçekleşmektedir. Ülkedeki hastahanelerin büyük çoğunluğu sektöre aittir.

Türkiye'de ikincil ve üçüncül sağlık hizmetleri sunan kuruluşlar benzer olmakla birlikte, Türkiye'de hastahanelerin büyük çoğunluğu devlet hastahaneleridir ve Sağlık Bakanlığı yönetimi altındadır.

Her iki ülkede de Tıp Fakülteleri ve üniversite hastahaneleri de önemli sağlık hizmeti sunucularıdır.

Hem Arjantin hem de Türkiye'de koruyucu ve birincil sağlık hizmetleri Sağlık Bakanlığı'nın sorumluluğundadır. Türkiye'de bu hizmetler Sağlık Merkezleri'nde, Sağlık Ocakları'nda, Anne Ve Çocuk Sağlığı Merkezleri'nde sunulmaktadır.

Arjantin'de kişiler sağlık hizmeti sunucularını özgür bir şekilde seçebiliyorken Türkiye'de bu konuda bir serbesti yoktur.

Arjantin'de fakir olan halka, devlet hastahanelerinde ücretsiz hizmet sunulmaktadır. Türkiye'de ise fakir halka Yeşil Kart adı verilen sistemle, kaynağı yaklaşık %22'si devletin gelirlerinden, %34'ü kamu kuruluşları tarafından, %28'i kişisel ödemelerden ve %16'sı özel kuruluşlarından oluşan kamu vakıflarınca karşılanmaktadır.

Türkiye'de sağlık hizmetleri arz ve arzının finansmanı ağırlıklı olarak kamu tarafında karşılanmaktadır. Bunun yanında özel muayenehane, poliklinik ve klinikler, laboratuvar ve görüntüleme birimleri ile ilaç ve tıbbi cihaz üreticileri de önemli finansman kaynaklarıdır. Ayrıca Döner sermayeden sağlanan gelirler de sağlık hizmeti sunumu finansmanında önemli bir yer almaktadır.

Arjantin'de sağlık hizmeti talebinin finansmanında %28 oranında kişisel doğrudan ödemelerle, geri kalanı ise çalışanlardan alınan primler, katkı payları ve devlet gelirleriyle dolaylı olarak karşılanmaktadır. Bu haliyle Arjantin talepte tipik özelliği zorunlu, primli hastalık veya sağlık sigortası olan Refah Yönelimli / Sigorta tipi sağlık sistemleri içersinde yer almaktadır.

Arjantin'de özel sağlık sigortaları, sigortalılar tarafından gönüllü ön-ödemeler ile finanse edilmektedir. Arjantin'de nüfusun yaklaşık %10'u (4 milyon kişi) özel sağlık sigortası kapsamındadır.

Türkiye'de de sağlık hizmetleri talebi finansmanı Arjantin'deki sisteme benzer şekilde zorunlu ve gönüllü sigortalıların katılım ve prim payları, işveren primleri ve devletin değişebilen oranlarda katkılarıyla sağlanan sosyal sigortalardan ve kişisel dorudan ödemelerden karşılanmaktadır. Türkiye'de devlet memurlarının ve onların bakmakla yükümlü yakınlarının sağlık hizmetleri talebi finansmanı hazineden karşılanmaktadır.

Arjantin'de GSMH'den toplam sağlık harcamalarına ayrılan pay Türkiye'ninkinden yüksektir. İki ülke arasında kişi başına düşen milli gelir oranları birbirlerine oldukça yakındır.

Arjantin'de sosyal güvence, ayakta tedavilerde ilaç fiyatlarının bir kısmını, yatarak tedavilerde ve prevalansı düşük olan hastalıkların tedavisinde kullanılan ilaç fiyatlarının tamamını finanse etmektedir. Özel sigortalarda kapsam, yapılan anlaşma planına bağlıdır. Türkiye'de sosyal güvence, üyelerinin ilaç harcamalarının %80 ve %90 arasında değişen oranlarda geri ödemektedir.

Arjantin'de hekim başına 220 kişi Türkiye'de ise 70 kişi düşmektedir. Arjantin hekim başına düşen nüfus oranının en düşük olduğu ülkelerden biridir. Tıp fakültelerine giriş serbest olduğu için ülkede ihtiyaçtan fazla hekim bulunmaktadır.

Her iki ülkede de hastalık ve ölüm nedenleri genel olarak aynıdır. Arjantin ve Türkiye'de ölüm nedenlerinin başında dolaşım sistemi hastalıkları, tümör hastalıkları ve bulaşıcı hastalıklar gelmektedir. Ayrıca kazalardan ölümler, iki ülkede de ölüm nedenleri arasında önemli bir yer alır.

Koruyucu sağlık hizmetlerinin sağlanması iki ülkede de stratejik olarak temel önceliğe sahip olmasına rağmen, henüz Arjantin hem Türkiye'de tedavi hizmetlerine daha fazla kaynak ayrılmakta ve hastahane hizmetlerine ağırlık verilmektedir.

Sağlık kurumlarının ülke genelindeki dağılımı bakımından Türkiye'de olduğu gibi Arjantin'de de sağlık kurumları gelişmiş bölgelerde ve büyük şehirlerde yoğunlaşmıştır. Aynı şekilde hekimlerin ülke genelindeki dağılımı açısından da her iki ülkede de dengesizlik vardır. Hekimler genellikle büyük şehirlerde çok sayıda bulunurken kırsal kesimde ve küçük şehirlerde yetersiz durumdadır.

Arjantin ve Türkiye'de ilaç üretimi yapılmaktadır. Fakat bu üretim tam olarak ihtiyacı karşılamamakta ve her iki ülkede de ilaç ve hammadde ithal edilmektedir.

Sonuç olarak iki ülkenin de sağlık sistemleri genellikle benzerdir ve her ikisi de sosyal güvence sistemine dayanmakla birlikte, Arjantin sağlık sistemi desentralize olmuş yönetim şekline sahiptir. Ayrıca Arjantin'in yaşadığı 2002 ekonomik krizi Arjantin sağlık sistemini olumsuz etkilemiştir.

**KAYNAKLAR**

1. World Bank (2003) Argentina - Crisis and Poverty, Volume I: Main Report, Argentina, [www.wbi0018.worldbank.org/lac/lacinfoclient.nsf/d2968495117495c85256735007fef12/3d29a0ed02294a8b85256db10058dbdd/\\$FILE/Argentina\\_PA\\_MainReport.pdf#49](http://www.wbi0018.worldbank.org/lac/lacinfoclient.nsf/d2968495117495c85256735007fef12/3d29a0ed02294a8b85256db10058dbdd/$FILE/Argentina_PA_MainReport.pdf#49) (sayfa numaraları araştırmacılarca verilmiştir)
2. Uribe, J. P., Schwab, N. (2002) The Argentine Health Sector in the Context of the Crisis, World Bank, Argentina.
3. UNICEF (2004) Health at a Glance, Argentina, [http://www.unicef.org/infobycountry/argentina\\_statistics.html](http://www.unicef.org/infobycountry/argentina_statistics.html) (sayfa numaraları araştırmacılarca verilmiştir)
4. Pan American Health Organisation (2002) Profile of the Health Services System, Argentina, [www.lachrs.org/documents/healthsystemprofileofargentina-EN.pdf](http://www.lachrs.org/documents/healthsystemprofileofargentina-EN.pdf)
5. Pan American Health Organisation (2001) Country Health Profile, Argentina, [www.paho.org/English/sha/prflarg.html](http://www.paho.org/English/sha/prflarg.html)
6. International Development Research Center (2000) Reorganizing the Health Care in Argentina, [http://www.idrc.ca/en/ev-35180-201-1-DO\\_TOPIC.html](http://www.idrc.ca/en/ev-35180-201-1-DO_TOPIC.html) (sayfa numaraları araştırmacılarca verilmiştir)
7. World Bank (2003) The Health Sector in Argentina, Argentina, [www.wds.worldbank.org/80/WDSContentServer/WDSP/IB/2003/09/09/000160016\\_20030909034352/Rendered/PDF/261440AR.pdf](http://www.wds.worldbank.org/80/WDSContentServer/WDSP/IB/2003/09/09/000160016_20030909034352/Rendered/PDF/261440AR.pdf)
8. Cornwell, M. J. (2001) Operation Argentina, Volume 86, Number2, Bulletin of the American College of Surgeons, Argentina, <http://www.operationgivingback.fasc.org/stuff/contentmgr/files/e6730052f9f64ea755bfd96988b7677/pdf/operationargentina0201.pdf> (sayfa numaraları araştırmacılarca verilmiştir)
9. World Health Organisation (2006) Health Financing in Argentina, Geneva, [http://www.who.int/entity/health\\_financing\\_in\\_Argentina\\_dp\\_e\\_06\\_5.pdf](http://www.who.int/entity/health_financing_in_Argentina_dp_e_06_5.pdf)
10. European Commission External Relations Directorate General (2004) Country Strategy Paper, Mid-term Review, Argentina, [http://europa.eu.int/comm/external\\_relations\\_argentina/csp04\\_en.pdf](http://europa.eu.int/comm/external_relations_argentina/csp04_en.pdf)
11. Watson Institute for International Studies (2003) Argentina's Health Care System and the Current Economic Crisis, Brown University, USA [www.watsoninstitute.org/CLAS/pdf/theses/2003/sheild.pdf](http://www.watsoninstitute.org/CLAS/pdf/theses/2003/sheild.pdf)



12. UNİCEF (2004) Health at a Glance, Turkey,  
[http://www.unicef.org/infobycountry/turkey\\_statistics.html](http://www.unicef.org/infobycountry/turkey_statistics.html)
13. Sağlık Bakanlığı (2004) Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı, Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara,  
<http://www.saglik.gov.tr/sb/default.asp?sayfa=istatistik&id=143&kelime=8>,  
age=  
(sayfa numaraları araştırmacılarca verilmiştir)
14. Ana Yayıncılık (2004) AnaBritannica Genel Kültür Ansiklopedisi, Ana Yayıncılık A.Ş., İstanbul, Cilt 2, s:341-348

A. ERDAL SARGUTIAN

A. ERDAL SARGUTAN

A. ERDAL SARGUTAN